THESIS

MUNICH

1967

Beziehungen zwischen Krankheitsverlauf und bildnerischem Ausdruck Depressiver

LANE MEDICAL LIBRA
STANFORD UNIVERSI
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Peter Vetter

Aus der Nervenklinik der Universität München
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. M. Kaess

Beziehungen zwischen Krankheitsverlauf und bildnerischem Ausdruck Depressiver

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Peter Vetter
Hannover

München 1967

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München:

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. M. Kaess
Dekan:	Prof. Dr. F. Holle
Tag d. mündl. Prüfung:	5. 12. 1967

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsübersicht

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Methodologische Überlegungen zur Auswahl der Patienten und Bilder	5
III.	Das Arbeitsmodell	8
IV.	Kasuistik	18
	Fall 1	18
	Fall 2	26
	Fall 3	34
	Fall 4	39
	Fall 5	44
	Fall 6	47
	Fall 7	51
V.	Ergebnisse und Zusammenfassung	54
VI.	Schluß	59
	Literaturverzeichnis	63

Das Bildmaterial befindet sich bei dem Exemplar der Universitätsbibliothek München.

I. Einleitung

Anhand von empirischem Material soll in dieser Arbeit untersucht werden, ob bei stationär mit der Diagnose "endogene Depression" behandelten Patienten Wechselbeziehungen zwischen Krankheitsverlauf und bildnerischer Ausdrucksfähigkeit bestehen. Die Fragestellung lautet demnach, ob von der bildnerischen Ausdruckweise des Patienten auf seinen jeweiligen Krankheitszustand und umgekehrt geschlossen werden kann.

Bisher galt das Interesse für solche Zusammenhänge fast ausschließlich den Schizophrenen. Die Gründe hierfür mögen darin zu suchen sein, daß Schizophrene den weitaus größten Anteil unter den Psychotikern ausmachen, Bildmaterial von ihnen im Gegensatz zu Depressiven - spontan oder durch Aufforderung - leichter zu erhalten ist und der "formale und inhaltliche Reichtum schizophrener Zeichnungen reizte". [1)]

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erschienen vornehmlich in französischer Sprache die ersten Studien über die Zeichnungen von "Verrückten" [2)]. Besonders E. Morselli wies auf die Beziehungen zwischen moderner Kunst und pathologischer Malerei hin und löste damit eine nachhaltige Diskussion aus. [3)] Die Folge war eine Anzahl von Studien, in denen versucht wurde, einen Zusammenhang zwischen schöpferischen Äußerungen Schizophrener und der Kunst der Primitiven, der Kindermalerei und der modernen Kunst nachzuweisen. Die Einstellung gegenüber den Werken Schizophrener war zunächst beschreibend und erläuternd, ohne daß die klinische Verwertbarkeit des Bildmaterials sonderlich berücksichtigt wurde.

---

1) Vgl. H. Prinzhorn, Bildnerei der Geisteskranken, Berlin 1922.

2) Vgl. hierzu besonders R. Volmat, Art et Psychiatrie, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Soziale und angewandte Psychiatrie, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961.

3) Vgl. E. Morselli, Manuale di semejotica delle malattie mentali, Milano 1885.

Erst M. Simon (1876) [1] fügte diese Dokumente in die damaligen klinischen Erkenntnisse ein. So wurden verschiedene Klassifikationen vorgeschlagen, um das Material zu ordnen. [2] Nur allmählich änderte sich die Fragestellung, in deren Mittelpunkt heute das Problem steht: Kann das Bildmaterial von Psychotikern für die Diagnose benutzt werden und eventuell sogar zur Therapie beitragen? Die Beziehungen zwischen dem Schizophrenen und seinen bildnerischen Äußerungen stellen jetzt zum Beispiel bei H. Prinzhorn, Irene Jakáb und H. Rennert das Untersuchungsziel dar. [3] Daher ist es nicht verwunderlich, wenn nun auch experimentell dieser Problemstellung nachgegangen wird. In diesem Zusammenhang wird der Entwicklung von Zeichentests besondere Bedeutung beigemessen. [4] In den psychiatrischen Krankenhäusern werden sogar Malateliers eingerichtet. Man erkennt die Zeichnungen nicht nur in klinischer Hinsicht als Dokumente an, sondern zieht sie vor allem bei der Analyse des Krankheitsverlaufs hinzu. Die Arbeiten der Patienten werden jetzt auf die Dynamik der bildnerischen Ausdrucksfähigkeit hin untersucht. Man analysiert vollständige Serien und beschränkt sich nicht mehr auf einzelne Zeichnungen. Dadurch kann nicht nur die Entwicklung bestimmter Tendenzen und Phänomene im bildnerischen Ausdruck verfolgt werden, sondern zugleich auch der klinische Verlauf der Krankheit. Die Beobachtung von

---

1) M. Simon, L'imagination dans la folie: étude sur les dessins, plans descriptions et costumes des aliénés. Ann. Med. Psychol. 1876, 16 (358-390).

2) Vgl. H. Prinzhorn, a. a. O.; O. César, Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés. Arq. Depart. Assis. Psicopat. Est., Sao Paulo, 1951, 16 (51-64); H. Ey, La psychiatrie devant le surréalisme, Evol Psychiat. 1948, 3 (3-52).

3) Vgl. H. Prinzhorn, a. a. O.; Irene Jakáb, Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken, Budapest 1956; H. Rennert, Die Merkmale schizophrener Bildnerei, Jena 1962.

4) Vgl. besonders F. L. Goodenough, Measurement of Intelligence by Drawings, Yonkers World Book & Co., 1926; K. Machover, Personality Projection in the Drawing of the Human Figure, Springfield o. D.; E. Wartegg, Schichtdiagnostik, Der Zeichentest, Göttingen 1953.

wechselseitigen Beziehungen zwischen beiden weist auf die Möglichkeit prognostischer Aussagen über den Krankheitsverlauf hin.[1)]

Ferner wurde man sich nun auch der therapeutischen Möglichkeiten bewußt, als man erkannte, daß "es sich dabei um Vorgänge handelt, die zur Stabilisierung der Persönlichkeit beitragen und ihm (dem Schizophrenen) dadurch ein gewisses Mindestmaß an Kontakt mit seiner Umwelt ermöglichen".[2)]

Im Verlauf der Zeit hat sich also die Einstellung gegenüber den bildnerischen Äußerungen von Geisteskranken grundlegend geändert. Während anfangs lediglich beschrieben und erläutert wurde, wird heute das Bildmaterial von Geisteskranken zur Diagnose, Therapie und Prognose eingesetzt.

Wie erwähnt, interessierte vor allem der bildnerische Ausdruck bei Schizophrenen. Zeichnungen von Kranken aus dem manisch-depressiven Formenkreis dagegen wurden bisher kaum einer eingehenden Analyse unterzogen.[3)] Wurden hierüber dennoch Studien angefertigt, so standen wiederum die Arbeiten von Manikern im Vordergrund, weil diese spontan oder nach Aufforderung bereitwilliger als Depressive zeichnen. Erst in jüngster Zeit sind Bemühungen zu beobachten, auch Phänomene in den graphischen Werken Depressiver zu beschreiben, zu ordnen und einer dynamischen Betrachtung zu unterziehen.[4)]

---

1) Vgl. L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, Die Wirkung von Tofranil im Zeichentest, in: Schw. Arch. f. Neur. Neuroch. und Psychiatrie, Bd. 88, Heft 1 (67-83); A. Marinow, Depressionsbehandlung mit Tofranil im Hinblick auf den Zeichenversuch, in: Conf. Psychiatr. 7, 85-94 (1964).

2) L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, München, 1965, S. 16.

3) Ausnahmen bilden zum Beispiel die Untersuchungen von E. Régis, Les aliénés peints par eux-memes. Encéphale, 1882, 2 (184-198), und B. Pailhas, Dessins et manifestations d'art chez deux aliénés circulaires, Iconogr. Salpêtrière, (1908) févr.

4) Vgl. besonders L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a. a. O.

Wenn daher in dieser Arbeit versucht wird, Wechselbeziehungen zwischen bildnerischer Ausdrucksfähigkeit und Krankheitsverlauf von Depressiven aufzuzeigen, so ist zu berücksichtigen, daß mit Ausnahme der Untersuchung von L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, die auf dem von K. Machover beschriebenen Figurenzeichentest basiert, die Möglichkeit eines Vergleichs zu anderen Untersuchungsergebnissen nicht gegeben war. Selbstverständlich muß der Versuch, eine Wechselbeziehung zwischen Krankheitsverlauf und bildnerischen Äußerungen herzustellen, dahingehend eingeschränkt werden, daß letztere ein Ausdruck der endogenen Depression sind. Wenn nun in dieser Untersuchung vom bildnerischen Material ausgegangen wird, so soll damit jenes Verhältnis nicht in Frage gestellt werden. Die Arbeit verfolgt darüber hinaus die Absicht, aufgrund des Bildmaterials soweit als möglich auch diagnostische, therapeutische und prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf zu machen.

Die Studie beginnt mit methodologischen Überlegungen zur Auswahl der Patienten und ihrer Zeichnungen. Es schließt sich ein Arbeitsmodell an, mit dem der Versuch unternommen wird, die verschiedenen Phänomene formaler und inhaltlicher Art in den Zeichnungen mit dem Krankheitsverlauf in Zusammenhang zu bringen. In der dann folgenden Kasuistik sollen die Elemente, die zur Formulierung des Arbeitsmodells führten, anhand der Zeichnungsserien von sieben Patienten demonstriert werden. Nach der Interpretation der einzelnen Serien werden abschließend die Ergebnisse zusammengefaßt und es wird ferner kurz auf Beziehungen hingewiesen, die zwischen dem Bildmaterial von Depressiven einerseits und dem von Kindern und Schizophrenen andererseits bestehen.

II. Methodologische Überlegungen zur Auswahl der Patienten und Bilder

Das empirische Material für die vorliegende Untersuchung trugen in allen Fällen Patienten bei, die mit der Einweisungs- oder Anfangsdiagnose "endogene Depression" stationär behandelt wurden, in einem Fall in einem psychiatrischen Spital in der Schweiz, in den anderen Fällen in der Münchener Universitäts-Nervenklinik.

Um die Frage nach den Beziehungen zwischen Krankheitsverlauf und bildnerischem Ausdruck umfassend untersuchen zu können, wurden möglichst vollständige Bildserien angestrebt. Es ist daher jeweils versucht worden, den Patienten so früh wie möglich, also noch im akuten Stadium der Psychose, zum Zeichnen anzuhalten. Um sich anbahnende Wendepunkte im Krankheitsverlauf des Patienten rechtzeitig und im einzelnen verfolgen zu können, kam es weiter darauf an, so viele Zeichnungen wie möglich von ihm zu erhalten. Daher wurden die Patienten in der Regel alle ein bis zwei Tage zum Zeichnen aufgefordert. Zur Gewährleistung einheitlicher Versuchsbedingungen beim Zeichnen erhielten alle Patienten einen Kasten mit acht Ölkreidefarben und ein Blatt Papier des Formats DIN A 3. Um das die Depressiven kennzeichnende Symptom der morgendlichen und abendlichen Stimmungsschwankung in seinen Auswirkungen auf den bildnerischen Ausdruck auszuschalten, wurden alle Patienten jeweils nachmittags zum Zeichnen aufgefordert.

Erfahrungsgemäß bereitet es große Schwierigkeiten, Depressive aus ihrer allgemeinen Hemmung, ihrer Antriebsverarmung und ihrem Stupor zu lösen und beschäftigungstherapeutisch einer Tätigkeit zuzuführen. Dies gelingt häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit, wenn die depressiven Symptome etwas abgeklungen sind und sich die Auseinandersetzung mit der Umwelt allmählich wieder einstellt. Wie erwartet, zeigten die Patienten im akuten Stadium der Psychose den größten Widerstand gegenüber

der Aufforderung zu zeichnen. Die vorherrschende Passivität und Konzentrationsunfähigkeit sowie die zwanghafte Vorstellung, "nichts fertig zu bringen"[1], ließen sich durch eindringliche Aufforderungen zum Zeichnen nur schwer überwinden. Wurde dann aber eine Zeichnung fertiggestellt, so sahen sich die Kranken in ihrer Insuffizienz bestätigt, das heißt, sie waren nicht in der Lage, ihre Vorstellungen zur eigenen Zufriedenheit auszuführen: A priori wird ein Mißlingen des bildnerischen Versuchs erwartet und entsprechend endet dieser auch mit einem Fehlschlag. Die Folge ist in der Regel ein zunehmender Widerstand gegen das Zeichnen. Wie sich später zeigen wird, war im akuten Krankheitsstadium die Diskrepanz zwischen Anspruchs- und Leistungsniveau besonders groß. Eine relative Bereitwilligkeit zum Malen stellte sich erst wieder nach Besserung des Krankheitszustandes ein.

Gelang es, den Kranken zum Zeichnen zu veranlassen, wurde immer wieder die Frage gestellt: "Was soll ich denn malen?" Um eventuell etwas über die Motivwahl aussagen zu können, war von vornherein beabsichtigt, die Patienten in dieser Hinsicht völlig frei entscheiden zu lassen. Im allgemeinen genügte der mehrmalige Hinweis, daß das Thema selbst gewählt werden könne. Oft bedrohte jedoch die unbestimmte Aufforderung, "etwas" zu zeichnen, das Zustandekommen eines Bildes, weil sich der Patient für kein Motiv entscheiden konnte. Hatte er sich zuvor noch zum Malen bereit erklärt, so schreckte er nun vor der Ausführung zurück. In diesen Fällen wurde ihm vorgeschlagen, ein Haus, einen Baum oder eine Blume zu zeichnen. Für die Entscheidung zugunsten dieser drei Motive war einmal die häufig beobachtete Wahl und zum anderen die Neutralität dieser Gegenstände ausschlaggebend. Außerdem können diese Motive vom Kranken leicht erfaßt werden und ihre bildnerische Wiedergabe scheint relativ geringe Anforderungen zu stellen.

---

1) Äußerung einer Patientin: "Es ist sinnlos, ich bringe doch nichts fertig!"

Aus Gründen der Übersichtlichkeit kann jedoch nicht das gesamte Bildmaterial vorgeführt werden. Die Auswahl beschränkt sich auf solche Zeichnungen, in denen besonders deutlich und stellvertretend für mehrere Bilder bestimmte Phänomene und Tendenzen deutlich werden.

III. Das Arbeitsmodell

Die Sichtung des empirischen Materials und seine Prüfung auf gewisse Regelmäßigkeiten der sich in den einzelnen Krankheitsphasen zeigenden Phänomene und Tendenzen im bildnerischen Ausdruck führten zur Aufstellung eines Modells. Dieses stellt den Versuch dar, wechselseitige Beziehungen zwischen der Entwicklung der Krankheit und dem bildnerischen Ausdruck aufzuzeigen und anhand des Untersuchungsmaterials zu belegen.

Es versteht sich von selbst, daß das Modell durchaus nur den Charakter einer Hypothese tragen kann, die der Prüfung mit Hilfe weiteren Materials erst noch standhalten muß. Dies gilt besonders in Anbetracht der Tatsache, daß der Umfang des verfügbaren Materials zur Ableitung von Regelmäßigkeiten relativ gering war.

Das Modell orientiert sich an einem als phasenhaft angenommenen klinischen Verlauf der endogenen Depression. Für diesen Verlauf lassen sich drei Phasen unterscheiden; diese weisen fließende Übergänge auf, lassen sich jedoch durch bestimmte Veränderungen in der Merkmalskonstellation charakterisieren.

Die erste Phase fällt mit dem akuten Krankheitsstadium zusammen. Dieses ist klinisch gekennzeichnet durch Stupor, Aktivitätsverlust, Hemmung, Minderwertigkeitsgefühle; kurz, durch eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Der Kranke ist kaum zu einer Tätigkeit zu bewegen und kapselt sich ab.

Es schließt sich die zweite Phase, quasi ein Übergangsstadium an, die häufig durch das Auftreten einer hypomanischen Nachschwankung zum Abschluß kommt. Diese Übergangsphase ist durch eine klinische Besserung charakterisiert, die im Falle der hypomanischen Nachschwankung besonders deutlich zum Ausdruck kommt. Auffälliges Merkmal ist die zunehmende Bereitschaft oder Fähigkeit des Patienten, sich wieder mit der "realen" Umwelt auseinanderzusetzen.

In diesem Krankheitsabschnitt gelingt es dem Patienten zunehmend, wenn auch oft von Schwankungen und Rückschlägen begleitet, seiner Affekte Herr zu werden und damit gegenüber sich und seiner Situation wieder eine positivere Haltung einzunehmen, deren Zerrbild dann die hypomanische Nachschwankung wäre.

In der letzten und dritten Phase hat sich diese zurückgebildet. Depressive Symptome sind weitgehend abgeklungen, der Patient fühlt sich beschwerdefrei und drängt auf baldige Entlassung.

In Anlehnung an die beschriebenen Phasen des Krankheitsverlaufs soll die Interpretation der Bildserien erfolgen. Regelmäßigkeiten des bildnerischen Ausdrucks in den Serien weisen ebenfalls auf einen phasenhaft verlaufenden Genesungsprozeß des Patienten hin; auch hier konnten die Übergänge nicht scharf voneinander getrennt werden.

Diese Wechselseitigkeit von Krankheitsverlauf und Entwicklung des bildnerischen Ausdrucks führte endlich zur Aufstellung des Modells. Die Interdependenz soll in den Zeichnungen anhand von formalen und inhaltlichen Merkmalen unter besonderer Berücksichtigung des Raumproblems und der verschiedenen Möglichkeiten seiner Lösung aufgezeigt werden.

Für die räumliche Wahrnehmung eines Gegenstandes und seine graphische Wiedergabe gibt es in Anlehnung an das Raummodell von J. Piaget und B. Inhelder [1] drei verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Die Autoren nennen sie "topologisch", "projektiv" und "euklidianisch". Nach ihnen tritt in der Entwicklung der Visualitation, das heißt der Fähigkeit, bei der optischen Wiedergabe von Formen drei Dimensionen einzuarbeiten, zunächst ein "topologisches" Stadium auf. In diesem haben die dargestellten Formen noch keine

---

1) Vgl. J. Piaget und B. Inhelder, La représentation de l'espace chez l'enfant, Paris 1948.

Beziehung zum Raum. Erst im zweiten Stadium des Raummodells kommt es zu einer intuitiven Vorstellung von räumlichen Zusammenhängen und ihrem graphischen Ausdruck in den Zeichnungen ("projektives" Stadium) und im dritten Stadium schließlich zur Transformation der projektiven in eine perspektivische Darstellung ("euklidianisches" Stadium).

Piaget und Inhelder formulierten dieses Modell anhand von Ergebnissen, die sie in der Untersuchung über "Die Wiedergabe des Raumes bei den Kindern" gewannen. Da die Phänomene in den Zeichnungen der von ihnen untersuchten Kinder auch auf die Zeichnungen der Depressiven anwendbar zu sein scheinen, soll dieses Raummodell zur Interpretation herangezogen werden. Wenn die Übernahme des Raummodells auch auf gewisse Analogien in den Zeichnungen von Kindern und Depressiven hinweist, schließt das nicht ohne weiteres ein, daß der Depressive in seinen intellektuellen Fähigkeiten auf ein kindliches Stadium regrediert sei.

Für das topologische Stadium ist die Beziehungslosigkeit zum Raum charakteristisch. Sie kommt darin zum Ausdruck, daß die dargestellten Formen diffus über das Zeichenblatt verstreut werden. In seiner "Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens", einer Untersuchung über Formen und Inhalte von Kinderzeichnungen, prägt G. Mühle für diese Gruppe gestaltungsmäßig nicht zusammenhängender Bilder den Begriff der "Fragment- oder Streubilder".[1)]

Doch zeigen sich in dieser ersten Phase des bildnerischen Ausdrucks der Depressiven schon gelegentlich Ansätze, Formen räumlich abzugrenzen und damit zu fixieren. Dies kommt vor allem in durchgehenden horizontalen Linien, die die Zeichnung oder einzelne

---

1) Vgl. G. Mühle, Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens, München 1955.

Motive nach unten hin begrenzen, zum Ausdruck und muß als Tendenz, den Boden zu betonen, aufgefaßt werden. Im Rahmen dieser Tendenz kommt es auch häufig vor, daß die Gesamtheit der Einzelmotive mit jeweils eigener Bodenbetonung auf einer einzigen Grund- oder Bodenlinie lokalisiert wird (Tendenz zur linearen Reihung). [1)]

Der sich damit in den Zeichnungen anbahnende Übergang vom topologischen zum projektiven Stadium nach Piaget und Inhelder ist von G. Mühle beschrieben worden und kann zur Interpretation des entwicklungsmäßigen Ablaufs der Raumgestaltung bei den Depressiven herangezogen werden. "Die ´Tiefe´ (des Raums) versucht der Zeichner von diesem Ansatz aus dadurch zu gewinnen, daß er die Linie zu einem Streifen verbreitert und damit eine straßenähnliche Grundfläche als Bühne für die Darstellung gewinnt. Eine weitere Möglichkeit von derselben Ausgangsgegebenheit der Linie her ist das Übereinanderreihen mehrerer Standlinien, das eindrucksmäßig das Hintereinander ergeben soll" [2)] (Streifenbilder).

In diesem projektiven Stadium handelt es sich also im wesentlichen bereits um den Versuch, die einzelnen Motive räumlich zueinander in Beziehung zu setzen. Das Bemühen um die dreidimensionale Raumgestaltung wird oft dadurch gelöst, daß Seitenansichten eines Objektes in die Bildebene geklappt werden (Aufsichten mit Umklappungen) [3)]. Offenbar kombiniert in diesen Fällen der Zeichner zwei Perspektiven miteinander. In diesem Sinne müssen wohl die Versuche von Depressiven verstanden werden, bei der Wiedergabe von Landschaften einzelne Motive aus der Vogel- und andere aus der Frontalperspektive darzustellen. Bei diesen komplexen, "landkartenartigen" Bildern ist die visuelle Orientierung für das Gesamtbild noch nicht eindeutig festgelegt.

---

1) Vgl. G. Mühle, a.a.O., S. 108.

2) G. Mühle, a.a.O., S. 108.

3) Vgl. G. Mühle, a.a.O., S. 108.

Gerade aber die Wahl eines festen Standortes und dementsprechend die Wiedergabe der Objekte eines Bildes von diesem Standort aus, was bei einer dreidimensionalen Raum- oder Objektgestaltung erforderlich ist, sind die Merkmale für das dritte, das "euklidianische" Stadium des Raummodells.

Neben der Entwicklung der Visualisation sind in den Bildserien Merkmale formaler und inhaltlicher Art festzustellen, die mit dem Verlauf der Krankheit wechseln.

Die erste Phase des Arbeitsmodells, in der die depressive Symptomatik des Patienten voll ausgeprägt ist und der Visualisationsprozeß sich noch im "topologischen" Stadium befindet, charakterisieren unter anderem formale Kriterien, die L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy als "depressive Merkmale" bezeichnen. Hierzu zählen die Autoren kleine Figuren und deren Randständigkeit, wenig Details, zarte Linien und das Fehlen von Schattierungen.[1] Daneben konnte allerdings weiter beobachtet werden, daß nicht nur die Lokalisation der Motive zufällig über das Zeichenblatt erfolgt, sondern häufig auch die Proportionen der dargestellten Objekte in einem erheblichen Mißverhältnis zueinander stehen. Inhaltlich sind die dargestellten Motive oft schwer in einen Sinnzusammenhang zu bringen. Die Wiedergabe der Objekte beschränkt sich auf deren Konturen. Die von diesen Konturen umschlossene Fläche wird nicht ausgefüllt. Oft wird nur eine Farbe zum Zeichnen verwendet. Die einmal benutzte Farbe, deren Wahl meist zufällig ist, wird bei der Wiedergabe weiterer Gegenstände beibehalten, so daß man nicht von einer objektadäquaten Farbwahl sprechen kann: Farbarmut ist charakteristisch für die Zeichnungen dieser Phase. Die Vermutung, es würden zunächst nur dunkle Farbtöne wie schwarz oder braun bevorzugt, bestätigte sich nicht. Im Gegenteil wurden häufiger gerade Farben

---

1) Vgl. L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a.a.O., S. 77.

wie gelb oder lindgrün verwendet, die so farbschwach sind, daß sie sich vom weißen Untergrund kaum abheben. Hinzu kommt, daß die Strichführung zaghaft, vorwärtstastend und ohne jeden Druck ist.

Besonders charakteristisch für die depressive Phase ist die Tendenz zur Stereotypie. Die gleichförmige Wiederholung eines Bewegungsvorgangs führt dann auch zur Darstellung beziehungsweise Wahl von Objekten wie Gras oder Blattwerk, die besonders dazu geeignet sind, einem iterativen Bewegungsimpuls nachzugeben.

Weiterhin ist eine Tendenz zur Geometrisierung und Symmetriebetonung auffällig. Geometrisierung kann mit E. Kretschmer als Formvereinfachung verstanden werden, das heißt, komplizierte empirische Formen werden nach dem Geometrischen hin vereinfacht, indem ihnen geradlinige oder abrundende Umrißlinien verliehen werden.[1] Die Objekte werden also auf Grundformen wie Quadrat, Dreieck oder Kreis reduziert. Mit der Tendenz zur Geometrisierung ist oft eine extreme Symmetriebetonung, das heißt eine spiegelbildliche Darstellung verbunden.[2] Beide Formen der Vereinfachung bildnerischen Ausdrucks ziehen eine starke Schematisierung der Objekte nach sich. Die Zeichnungen muten daher starr und bewegungslos an. Überhaupt fehlen in dieser Phase Bewegungsdarstellungen.

Häufig sind Formfindungsstörungen zu beobachten, das heißt, die Vorstellung vom Objekt entspricht nicht dessen graphischer Wiedergabe. So gelingt es dem Depressiven oft nicht, zwei Konturen in ein bestimmtes beabsichtigtes Verhältnis zueinander zu bringen, etwa, wenn diese sich entgegen seiner Absicht nicht schneiden.

---

1) Vgl. E. Kretschmer, Medizinische Psychologie, 12. Aufl., Stuttgart 1963, S. 90.

2) Extreme Symmetriebetonung (von Figuren im Figurenzeichentest) läßt nach Navratil das zwanghafte Bestreben der Patienten erkennen, Impulse, die die Integrität des eigenen Ich bedrohen, in Schranken zu halten. L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a.a.O., S. 79 ff.

Offenbar ist dann die eidetisch-motorische Koordination gestört. Kleist nennt dieses Phänomen konstruktive Apraxie.[1] In diesem Zusammenhang läßt sich manchmal auch das aus der Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens bekannte Phänomen der Formschließungstendenz beobachten, das sich in dem Zwang äussert, Lücken in den Konturen zu schließen.

Von der Motivwahl her wurde für die depressive Phase beobachtet, daß Motive bevorzugt werden, die nicht der konkreten, situationsbezogenen Umwelt angehören. Das heißt aber auch, daß in dieser Phase selten abgemalt, sondern vielmehr aus der Erinnerung reproduziert wurde.

In der zweiten oder Übergangsphase äußert sich die klinische Besserung und das Zurückgehen der depressiven Symptome in einer größeren Bereitwilligkeit zum Zeichnen und in einer Reihe von Phänomenen, zu denen L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy die Vergrößerung und Vervollständigung der Figuren, deren Bereicherung mit Details und ein Breiter- und Kräftigerwerden des Strichs zählen. Nach den Autoren treten bereits Schattierungen auf.[2]

Die dargestellten Objekte werden nicht mehr diffus bzw. randständig, sondern inzwischen mit einer gewissen Raumvorstellung über das Zeichenblatt verteilt. Für den Visualisationsprozeß gilt also das beschriebene "projektive" Stadium.

Insgesamt läßt sich nicht nur eine Detailbereicherung, sondern vor allem auch eine Objektvermehrung feststellen. Trotzdem "vergessen" die Kranken auch in dieser Phase, wichtige Details darzustellen, weil sie offenbar von formalen Problemen noch zu sehr in Anspruch genommen sind. Besonders zu Beginn dieser zweiten Phase muß

---

1) Vgl. Kleist, zitiert nach A. Sturm, Grundbegriffe der Inneren Medizin, Stuttgart 1963, S. 491.

2) Vgl. L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a. a. O., S. 77.

die Suche nach dem Boden (Bodenbetonungstendenz) noch als Ausdruck eines unsicheren Raumgefühls interpretiert werden, was sich häufig in einem unsicheren - schwebenden - Stand der Objekte äußert. Die Tendenz zur Stereotypie kommt durch die Wiederholung in der Darstellung ein und desselben Motivs zum Ausdruck. Analog dem Schriftbild des Depressiven ist dann oft eine allmähliche Verkleinerung der dargestellten Objekte zu beobachten.

Neben der druckfesteren Strichführung ist auch eine den Objekten adäquate Farbwahl zu erkennen. Die Flächen der dargestellten Objekte werden jetzt meist ausgefüllt. Die Farben sind kräftiger - ein Moment, das besonders in der hypomanischen Nachschwankung in den Vordergrund tritt. Häufiges Motiv ist dann eine ausgesprochene Farbstudie.

Als Ausdruck der eintretenden Bereitschaft, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, läßt sich in dieser Phase die Tendenz zum Kopieren verstehen. Im Gegensatz zur depressiven Phase nutzt der Kranke jetzt die ihm überlassene Freiheit der Motivwahl zum Kopieren. Motive aus seiner Umgebung, wie Bilder, Einrichtungsgegenstände, kurz, alle sich ihm bietenden Möglichkeiten zum Abmalen werden ausgeschöpft. Im Rahmen dieser Tendenz verläßt der Patient mehr und mehr das Gestaltungsprinzip der Geometrisierung. Die "Tendenz zur prägnanten Gestalt" [1] setzt sich durch; der Gestaltungsprozeß wird immer abhängiger von visuellen Bezugsnormen. Besonders deutlich wird dieser Fortschritt bei der Darstellung von Bäumen. Wurden diese in der depressiven Phase noch aus Kreisen, Dreiecken oder auch eliptoiden Formen (Geometrisierung) aufgebaut, setzt sich jetzt die Tendenz durch, die empirische Gestalt von Bäumen, das heißt, die Verästelung der Krone und Wurzeln, darzustellen. Einfache Umrißlinien werden jetzt durch

---

1) Vgl. W. Metzger, Gesetze des Sehens, Frankfurt/M., 1953.

kompliziertere und differenziertere ersetzt.

Die Darstellung von Wegen scheint in dieser Phase eine symbolische Bedeutung zu haben; denn erst allmählich werden Wege in Motivzusammenhänge eingeordnet. Ein Patient, der ein Haus gemalt hatte, weigerte sich auf die Einwendung hin, man müsse zu diesem Haus doch gelangen können, einen Weg zu malen. Später zeichnete er diesen spontan (Wegmotiv).

Eine ähnliche Bedeutung scheint der Darstellung von Wurzeln zuzukommen (Wurzelmotiv). Fast jede Pflanze und jeder Baum wird in dieser Phase mit Wurzeln dargestellt, auch wenn sich entsprechend visueller Bezugsnormen die gleichzeitige Darstellung zum Beispiel einer Topfpflanze und der im Blumentopf verborgenen Wurzeln ausschließen. Dieses Phänomen ist jedoch nicht auf die Darstellung von Wurzeln beschränkt. Nach Art von Aufrißzeichnungen werden auch häufig Häuser oder Gefäße transparent gemacht.

Die Zeichen einer klinischen Besserung in Form von wiedereinsetzender Aktivität machen sich auch in ersten Ansätzen von Bewegungs- und Handlungsdarstellungen bemerkbar. Einerseits werden Motive gewählt, die ihrer Funktion nach auf Dynamik hinweisen (Traktor, Lokomotive), und andererseits tritt jetzt der Mensch in den Zeichnungen häufiger in Erscheinung. In diesem Zusammenhang kommt es zur Darstellung emotionaler Momente, das heißt, die Affekte des Patienten werden in die Bilder projiziert. Das Gefühl des Bedrohtseins zum Beispiel zeigt sich einmal in einer trostlosen Leere, zum anderen in der Darstellung entsprechender Symbole wie dunkle Wolken, Peitsche usw.

Unbelebten Objekten wie insbesondere Häusern wird ein Gesicht verliehen (Physiognomisierungstendenz).

Wenn in den Zeichnungen häufig eine disproportionierte Darstellung zu beobachten ist, so ist dies manchmal weniger im Sinne einer

räumlich-perspektivischen Absicht als vielmehr einer affektiven Beziehung zu den so unterschiedlich dimensionierten Objekten zu interpretieren. H. Werner bezeichnet dieses Phänomen als "Affekt Perspektive" [1].

Bisweilen tritt auch das Phänomen der Dislokation auf. Darunter wird die Wiedergabe einzelner Teile eines Objekts an der falschen Stelle verstanden. [2] Beispielsweise werden bei der Darstellung eines Gesichtes die Augen außerhalb der Kopfumrißlinie gezeichnet.

Ebenso läßt sich beobachten, daß Teile einer Figur in verschiedenen, nicht zusammenpassenden Ansichten wiedergegeben werden, zum Beispiel das Gesicht von vorn, der Rumpf im Profil, die Beine wieder von vorn (Verdrehung, Distorsion). [3]

Der sich im Verlauf der zweiten Phase dokumentierende räumliche und auch inhaltliche Fortschritt im bildnerischen Ausdruck der Depressiven leitet in die dritte Phase über.

Das Zurückgehen der hypomanischen Nachschwankung am Ende der zweiten Phase und das weitgehende Fehlen von depressiven Symptomen, das heißt, die Herstellung "normaler","prämorbider" Verhältnisse kommt in den Bildern der dritten Phase zum Ausdruck. Die Merkmale der Regression sind weitgehend verschwunden. Das Raumproblem, die Visualisation, bereitet dem Patienten keine Schwierigkeiten mehr. Er ist nun wieder zu einer dreidimensionalen (euklidianischen) Darstellung fähig. Es entstehen Kompositionen, die sich durch ihren formalen wie inhaltlichen Zusammenhang auszeichnen.

---

1) Vgl. H. Werner, Einführung in die Entwicklungspsychologie, 3. Aufl., München 1953, S. 107 ff. und S. 120/121.

2) Vgl. L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a.a.O., S. 84.

3) Vgl. L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a.a.O., S. 84.

IV. Kasuistik

Fall 1

Die 64-jährige Patientin H., Bauersfrau, befindet sich wegen Suicidgefahr im Rahmen einer endogenen Depression mit jahreszeitlichen Schwankungen zum vierten Mal in stationärer Behandlung. Sie ist getrieben und unruhig. Minderwertigkeitsgefühle und Verarmungsideen, tiefe Niedergeschlagenheit und traurige Stimmung stehen im Vordergrund ihres Symptombildes. Stereotyp äußert sie: "Ich bin nichts wert." Sie leidet an Schlaflosigkeit.

Die Behandlung wird mit Tofranil (3 x 2 ccm) und Melleril Ret. (3 x 100 mg) eingeleitet. Als nach zwei Wochen keine Änderung eingetreten ist, wird auf Noveril kombiniert mit Melleril umgestellt. Auch nach der neuen Medikation ist in ihrer Stimmung keine Änderung eingetreten, doch ist die Agitation abgeklungen.

Diesem Krankheitsstadium (1. Phase) entsprechen Bild 1 und Bild 2 der Serie.

Bild 1 (26. Behandlungstag) [1] ist zart und völlig einfarbig in hellrot gezeichnet (inadäquate Farbwahl). Die Darstellung der einzelnen Motive, Baum, Sonne und Zaun, unterliegt der Tendenz zur Geometrisierung: vom Kreis über das Dreieck bis zu eliptoiden Formen am linken Baum. Auffällig ist das Moment des "Unfertigen" (Detailverlust) gerade im rechten Teil des Bildes: Die Sonne hat keine Strahlen; den beiden Stämmen unter ihr fehlen die Krone. Der schematisierte Tannenbaum in der Mitte unten ist nur unvollständig ausgeführt. Ein gleichförmiger Bewegungsimpuls veranlaßt die Patientin, ein passendes Motiv, einen Zaun, darzustellen. Die Stereotypie kehrt auch in der Wellenbewegung links unten wieder.

---

1) Behandlungstag wird im folgenden BT abgekürzt.

Die Flächen innerhalb der Konturen bleiben unausgefüllt. Eine adäquate räumliche Zuordnung der dargestellten Motive fehlt. Die einzelnen Objekte werden diffus über das Blatt verteilt (Streu- oder Fragmentbild). Diese, das akut depressive Stadium kennzeichnende "topologische Raumgestaltung" gilt auch für

Bild 2 (27. BT). Ein inhaltlicher Zusammenhang ist in diesem Bild nicht zu erkennen (Inkohärenz des Inhalts): Tisch, Stuhl, Baum und Kuh (Erklärung der Patientin). Auch hier fehlt ein räumlicher Ordnungszusammenhang. Die Größenverhältnisse sind disproportioniert wiedergegeben (Baum - Kuh). Auffällig ist die Profildarstellung der Kuh. Sie zeigt drei punktförmige Augen außerhalb der Kopfumrißlinie und zwar schräg übereinander. Man kann diesen "Fehler" dem Phänomen der Wiedergabe eines gemischten Profils zuordnen, wozu L. Navratil bemerkt: "Die teilweise Verschmelzung von Vorder- und Seitenansicht ... wird als gemischtes Profil bezeichnet. Bei Kindern tritt dieser typische 'Fehler' in der Regel dann auf, wenn sie ein Profil wiedergeben wollen, es aber noch nicht können."[1]

Bild 3 (29. BT) läßt bereits eine Ordnungsvorstellung erkennen. (Phase 2) Einheitliche Motive aus Garten und Landwirtschaft sind zu beobachten, davon jeweils mehrere im Sinne von Streifenbildern in vier verschiedenen Ebenen untereinander angeordnet. Neben einer bereits abgeschwächten Geometrisierung ist die Symmetriebetonung noch äußerst stark. Es wird nicht mehr eine Farbe, sondern braun und grün meist adäquat verwendet. Auffällig ist die transparente Wiedergabe der Vasen und Blumentöpfe nach Art von Aufrißzeichnungen. Interessant ist die Beobachtung, daß sich die Knollen im Gefäß rechts unten in dem Gefäß darüber zu Blumen entwickelt haben und schließlich abgeschnitten in den Vasen erscheinen.

---

1) L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a. a. O., S. 60.

Die Stimmung von H. hat sich insgesamt etwas gebessert. Sie ist ruhiger, kontaktfreudiger und beschäftigt sich lebhaft mit Häkeln. Ratlosigkeit wechselnd mit Niedergeschlagenheit sind aber immer noch vorhanden. Ein zeitweiliger Stimmungsumschwung zeigt sich im freundlichen Gesichtsausdruck der Figur in

Bild 4 (35. BT). Auch in diesem Bild, besonders im oberen Teil, ist der Streifenbildcharakter gewahrt. Wichtiger ist jedoch die beginnende Ausfüllung der Flächen in Verbindung mit adäquater Farbwahl bei der Darstellung von Himmel, Berg und Wiese rechts unten. Ein weiteres die zweite Phase charakterisierendes Phänomen, nämlich die Seitenansichten in die Bildebene zu klappen, ist bei der Wiedergabe des Hauses rechts oben festzustellen. Nach der Aussage der Patientin handelt es sich hier um ihr früheres Haus, dessen Verkauf Anlaß für den Ausbruch der Krankheit war; ein Motiv, das durchgehend in ihren Zeichnungen wiederkehrt. Der rechte Teil des Gebäudekomplexes, die Scheune, liegt in Wirklichkeit hinter dem Wohnhaus, wie auch von H. zu erfahren war. Ebenso kommt das Phänomen der Umklappung bei der Darstellung der Tür zum Ausdruck: Die Tür gehört nicht zur Vorder-, sondern zur Seitenfront des Hauses und vermittelt so den Eindruck, als sei sie nur zu weit nach rechts geraten. Eigentümlich ist die Darstellung der vier Fenster, die mit der Umrißlinie der Hauswand verbunden sind.

Bild 5 (38. BT) ist ein Beispiel für die in der zweiten Phase beobachtete Tendenz zum Abmalen. Bei oberflächlicher Betrachtung erweckt dieses Bild den Eindruck eines deutlichen Fortschrittes in der Gestaltungsfähigkeit. Daß dieser Eindruck irreleitend ist, darauf weisen die oben und unten im Bild dargestellten Blumen hin. Ihnen wie dem zentralen Blumenmotiv diente als Vorlage die Stickerei auf einem Kissen, dessen Randborde H. zum Teil mitzeichnete.

Immerhin läßt sich sagen, daß das Abmalen ihr zu einem höheren Gestaltungsniveau verhilft, wie es eigentlich alle Patienten anstrebten.

Bild 6 (41. BT) ist das Musterbeispiel für ein Streifenbild. Durch das Übereinander mehrerer Standlinien wird - auch durch den Motivzusammenhang - der Eindruck des Hintereinander erweckt. Die Raumvorstellung ist projektiv, abgesehen von mißglückten Ansätzen zu einer dreidimensionalen Gestaltung im zweiten Streifen von oben: Der nach "hinten" verlaufende Weg soll Raumtiefe vermitteln, ebenso das rechte Haus, dessen hintere Umrißlinie aber mit der Boden- oder Standlinie abschließt.

Der Ansatz zur Darstellung von Fensterläden (oberstes Fenster) weist unter anderem auf eine Detailvermehrung hin, die gerade für diesen Fall im Verlauf der Serie sehr eindrucksvoll weiter verfolgt werden kann.

Im obersten Streifen wagt es die Patientin, ein Pferd zu zeichnen. Diese Aufgabe kann sie aber nicht lösen und verdeckt deshalb dessen hinteren Teil mit einem Baum. Neben der anhaltenden Disproportionierung einzelner Gegenstände ist jetzt die Wiedergabe von Objekten auffällig, die der Handlung und Bewegung fähig sind (Pferd, Traktor, Mensch), was ebenso wie das Abmalen für eine zunehmende Auseinandersetzung mit der Umwelt spricht.

Bild 7 (47. BT) wurde ausgewählt, weil es neben der Streifenanordnung der Bildelemente nochmals besonders eindrucksvoll das Phänomen der Transparenz (Aufrißzeichnungen) zeigt. Der unter der Erdoberfläche liegende Teil der Blumen und des Baumes ist ähnlich exakt ausgeführt wie der über der Erdoberfläche liegende (Wurzelmotiv). Scheune, Karren und Wasserkanne sind im Schnitt

gezeichnet und werden dadurch ebenfalls transparent. Die eigentlich hinter dem Haus stehende Scheune und die Tür sind wieder in die Bildebene geklappt (vgl. Bild 4). In der Gestaltung der Fenster geht H. einen Schritt weiter: Außer einem sind jetzt alle mit einem Fensterladen, und zwar nur rechts, ausgestattet. Die Farben entsprechen weitgehend den Objekten (adäquate Farbwahl).

Eine wesentliche Besserung im Krankheitszustand von H. ist noch nicht eingetreten. Sie ist oft sehr verzweifelt und wird jetzt mit Escapar, tgl. 2 Dragées, behandelt. Am Tage, an dem die neue Medikation eingeleitet wird, entsteht

Bild 8 (51. BT). Als einziges Motiv ist ein Baum wiedergegeben, dessen Äste das ganze Zeichenblatt ausfüllen. Auffällig ist der kurze Stamm und die starke Betonung der Wurzeln (Wurzelmotiv), die, ohne im Boden verankert zu sein, in Form gerader Stränge von einer unverhältnismäßig großen Knolle ausgehen. Die Bewältigung des Problems, den kontinuierlichen Übergang vom Stamm zu den Ästen darzustellen, ist nicht geglückt. Die Äste sind gleichsam dem Stamm aufgesetzt. Neben reichlich grünen Blättern trägt der Baum rote Früchte, die zum Teil entgegen der Schwerkraft einfach der Anordnung der Blätter folgen.

Wieder wird der Versuch unternommen, Raumtiefe zu gewinnen. Dies kommt in der angedeuteten Darstellung des Weges und einer diesen abschließenden Grasfläche zum Ausdruck.

Einen Tag nach Vollendung dieses Bildes wird die Patientin dabei angetroffen, wie sie ein Messer aus der Stationsküche entwendet. Sie gab zu, Selbstmordgedanken gehabt zu haben, versprach dann aber, sie wolle "nichts Böses mehr tun". Am gleichen Abend findet man in ihrem Bett einen Strick. Es läßt sich vermuten, daß H. im Zuge der Besserung, die sich in Bild 8 manifestiert, Hemmungen

abgebaut hat und nun ihre latenten Suicidimpulse in die Tat umsetzen kann. Um diese kritische Zeit abzukürzen, wird eine ES-Kur begonnen. Nach vier ES und Escapar, tgl. 2 Dragées, ist H. leicht hypomanisch. Sie spricht angeregt mit ihren Mitpatienten und verlangt mit Nachdruck ihre Entlassung.

Bild 9 (65. BT) repräsentiert die hypomanische Nachschwankung als Abschluß der zweiten Phase. Der dargestellte Motivzusammenhang in Bild 8 (also vor der ES-Behandlung) ist nach dem vierten ES zwar zugunsten einer Objekt- aber zuungunsten einer Detailbereicherung umgeschlagen. [1)]

Erstmals ist die Straße wichtiger Bestandteil eines Bildes, weil H. hier die straßenartige Grundfläche als Bühne für ihre Darstellung gewinnt (Raumtiefe). Auffällig ist die Betonung der Wurzeln am vorderen Straßenrand (Wurzelmotiv), während die Wurzeln am hinteren Rand fehlen. Nur den Baum hatte die Patientin ursprünglich mit Wurzeln gezeichnet, diese aber anschließend in der lila Farbe der Straße übermalt. Hierauf angesprochen, antwortete sie, daß es nicht möglich sei, durch den Boden hindurchzusehen.

Auffällig ist die Sonne unter den Horizont gezogen (Expansionsbestreben). Auch die disproportionierten Größenverhältnisse fallen auf (Mensch - Blume). Neben den Wurzeln weist auch die menschliche Figur nochmals auf das Phänomen der Transparenz hin. Das in blau und grün (inadäquate Farbwahl) gezeichnete Menschenschema wird erst nachträglich bekleidet. Ferner ist das Phänomen der Dislokation zu beobachten: Die Arme sind am Hals angebracht. Auffällig sind auch die zu Berge stehenden Haare und der der Stimmung

---

1) G. Meili-Dworetzki beurteilt das Fehlen inzwischen erworbener Details als Alternanzerscheinung (vorübergehender Verlust eines Details infolge der Erreichung einer höheren Struktur). Vgl. G. Meili-Dworetzki, Das Bild des Menschen in der Vorstellung und Darstellung des Kleinkindes, Bern 1957, S. 95 ff.

von H. angemessene Gesichtsausdruck. Ein gewisses Bewegungselement wird durch die ausgestreckten Arme und die fliegenden Vögel eingeführt.

Abgesehen von den erwähnten Regressionserscheinungen stellt dieses Bild insgesamt doch eine Komposition dar, die inhaltlich und formal das bisher höchste Gestaltungsniveau erreicht. Die Regressionserscheinungen sind möglicherweise dem vorübergehend aufgetretenen psychoorganischem Syndrom durch die ES-Behandlung zuzuschreiben, das sich auf Encephabol schnell zurückbildete.

Inzwischen ist die hypomanische Nachschwankung abgeklungen. Kurz vor Entlassung der Patientin entstehen die beiden letzten Bilder der Serie, die zur dritten Phase gehören.

Bild 10 (69. BT). Deutlicher als im vorigen Bild ist hier die Raumgestaltung geglückt (euklidianisches Stadium). Die verschiedenen Raumebenen (Straße, See, Baumgruppe, Haus, Berge) gehen kontinuierlich ineinander über. Die Fenster sind jetzt beidseitig mit Fensterläden versehen. Der eigentümliche Hinweis "Straße" kann als Resterscheinung der hypomanischen Nachschwankung aufgefaßt werden. Hierzu bemerken L. Navratil und Marksteiner: "Ein für manische Kranke charakteristisches Verhalten ist die schriftliche Bemerkung im Zusammenhang mit der Zeichnung."[1] Auf die Frage, was die blauen Kreise zu bedeuten hätten, gibt die Patientin die Auskunft, daß es Felsblöcke seien. Auf die weitere Frage, ob diese in der Luft stünden, antwortete sie: "Jetzt stehen sie noch fest. Aber sie können herunterkommen." Diese Bemerkung legte die Vermutung nahe, die Felsen als Ausdruck einer in der Zukunft liegenden Bedrohung aufzufassen. In der Tat erkrankte H. einige Monate später erneut.

---

1) L. Navratil und Marksteiner, Krankheitsverlauf und Therapieerfolg im Hinblick auf den Wandel zeichnerischen Gestaltens, in: Arch. Psychiat. Nervenkr., 198 : 483 (1959).

Bild 11 (72. BT) gibt nach der Erinnerung wieder, was die Patientin anläßlich eines Spaziergangs in der Umgebung der Klinik gesehen hat. Die Anordnung der Wege, Felder, Wiesen, des Sees und des Hauses entsprechen ihrer tatsächlichen Lage. Auffällig neben den vielen Wegen (Wegmotiv) ist die Kombination von Vogel- und Frontalperspektive. Durch die horizontale Lage der Pflanzen rechts unten will H. andeuten, daß diese Pflanzen geschnitten sind.

Trotz des kurz vor der Entlassung erreichten gestaltnerischen Niveaus im bildnerischen Ausdruck weisen die Leere und damit Verlorenheit des letzten Bildes neben den bedrohenden Felsblöcken im vorigen Bild auf die noch nicht völlig eingetretene Restitution der Patientin hin.

Fall 2

Der 58-jährige Patient B., von Beruf Maurer, ist wegen einer erneuten Phase von endogener Depression zum dritten Mal in stationärer Behandlung. Bei der Aufnahme wirkt er psychomotorisch gehemmt, klagt über Angstgefühle, Konzentrationsschwäche, Interesselosigkeit und allgemeinen Aktivitätsverlust. Es besteht die Gefahr eines Suicids.

Die Behandlung wird mit Neurocil (25-25-100 mg) und Noveril in steigenden Dosen durchgeführt. Nach einer anfänglichen leichten Besserung wird Noveril abgesetzt. Drei Wochen nach Behandlungsbeginn klagt B. wieder mit weinerlicher Stimme über Angstgefühle.

Bild 1 (25. BT). B. verwendet nur hellgrün (inadäquate Farbwahl). Die von zarten Konturen umgrenzten Flächen bleiben unausgefüllt. Erst nachträglich wird den einzelnen Bildelementen ein Boden (Bodenbetonungstendenz) in Form von Standlinien zugeordnet. Dies geschieht durch die Darstellung von Gras, die als Ausdruck eines iterativen Bewegungsimpulses gewertet werden muß (Stereotypie). In der Mitte des Bildes folgt die Figur der Bodenlinie. Neben der diffusen Lokalisation der Einzelmotive weist ferner die disproportionierte Darstellung (Mensch - Gans) auf das topologische Stadium der Gestaltungsfähigkeit hin. Die Profildarstellung des Kopfes bei Mensch und Gänsen in Verbindung mit dem jeweils gegen die Mitte hin verschobenen Auge ist als Ausdruck einer gemischten Profilwiedergabe zu werten. Bis auf die Kopfbedeckung ist die menschliche Figur schemenhaft ohne Kleidung (Detailverlust).

Neben der Unfähigkeit, zwei Konturen in ein bestimmtes beabsichtigtes Verhältnis zueinander zu setzen, so daß sie sich schneiden (Formfindungsstörungen, siehe zum Beispiel den Schwanz der oberen Gans), tritt in dieser Zeichnung die Formschließungstendenz auf.

So ist es dem Patienten offenbar nicht gelungen, daß die zwei den Schwanz der unteren Ente begrenzenden Linien sich treffen. B. verbindet deshalb einfach ihre beiden Endpunkte. Ebenso entstandene Lücken, zum Beispiel an den Schnäbeln beider Gänse oder in der Mundpartie der Figur, sucht B. andererseits durch Stricheln zu füllen bzw. zu schließen. Von einer weiteren Möglichkeit zur Schließung von Formen macht er Gebrauch, wenn er zwei aufeinander zulaufende Linien, die sich im beabsichtigten Punkt noch nicht getroffen haben, verlängert. Das geschieht durch erneutes Ansetzen des Stiftes am Schwanz der oberen Gans sowie in der Leistengegend der menschlichen Figur, bei der er aber die Konturen über das Ziel hinaus zieht. Die Verlängerung beider Striche benutzt B. daher gleichzeitig zur Darstellung der Beine, was auch deren Überkreuzstellung erklärt.

Bild 2 (26. BT) läßt noch Elemente der ersten, aber bereits auch solche der zweiten Phase erkennen. Neben der inadäquaten Farbwahl (rotes Haus, roter Hase) werden der untere Hase und der Baum bereits in braun gezeichnet. Während sich die Tendenz zur Bodenbetonung noch behauptet, wird bei der Darstellung des Hauses schon das Phänomen der Aufsicht mit Umklappungen deutlich. Dennoch hat das Haus durch das Fehlen entsprechender Attribute wie eines Weges, keine Raumzuordnung; es schwebt gleichsam. Dieser Eindruck wird noch dadurch verstärkt, daß sich sein Stand weder an der Vertikalen noch an der Horizontalen orientiert. Insgesamt also haben die Einzelmotive keinen räumlichen Bezug zueinander, auch ihre Größen sind nicht aufeinander abgestimmt.

Inzwischen ist im Befinden des Patienten wieder eine leichte Besserung eingetreten. In dieser Zeit malt er

Bild 3 (30. BT). B. benutzt jetzt bereits weitgehend adäquate

Farben, wenn man von dem irrtümlich blau gezeichneten, später aber braun übermalten Hasen absieht. Wiederum versieht der Patient jedes Einzelmotiv mit einem eigenen Boden (Bodenbetonungstendenz), was er aber bei dem Hasen vergißt. Um dieser Dissoziation im Räumlichen entgegenzuwirken, betont er die unterste Bodenlinie besonders stark.

Bild 4 (32. BT). Die gebesserte Stimmung des Patienten spiegelt sich in diesem Bild sehr deutlich wider. Bei genauer Betrachtung fällt auf, daß die Bäume am Horizont häufig größer als die im Vordergrund sind. B. malte nämlich zunächst nur Bäume verschiedener Größe, die er zufällig über das Blatt verstreute. Anschließend erst brachte er die so räumlich dissoziierten Einzelelemente durch die Darstellung eines Hintergrundes in Form der Berge in ein Raumgefüge (projektives Stadium).

Beim Malen dieses Bildes entdeckt der Patient auch eine neue Maltechnik. Die Unebenheiten der Tischplatte benutzt er ab jetzt zur Schattierung und damit zur Wiedergabe räumlicher Strukturen.

Im Befinden von B. tritt nach Fertigstellung dieses Bildes ein Rückschlag ein. Er klagt über Augendruck und über zunehmende Angstgefühle, die er auf den Föhn zurückführt. Objektiv schlägt sich sein Zustand in

Bild 5 (38. BT) nieder. Ins Auge springen die unterschiedlichen Größen der beiden Figuren, die im Sinne der Werner´schen Affektperspektive gedeutet werden können. Denn beide Figuren befinden sich zwar auf derselben Bodenlinie, aber die rechte ist wesentlich kleiner gemalt und zeichnet sich zudem durch eine starre Haltung und einen unsicheren nach hinten kippenden Stand aus. Von der linken Figur kehrt sie sich ab, was mit dem Mittel der Profildarstellung

erreicht wird.[1] Im Sinne der Distorsion zeichnet der Patient den Kopf der linken Figur en face, deren Rumpf von der Seite, die Beine wieder nahezu von vorn, wobei er die linke Hand vergißt. In engem Zusammenhang mit diesem Bild muß offensichtlich

Bild 6 (41. BT) gesehen werden. Möglicherweise identifiziert sich der Patient hier wiederum mit dem Kind, das dieses Mal aber im Verhältnis zur Mutter klein dargestellt ist und geduckt in ängstlicher Haltung den Eindruck völliger Isolierung erweckt. Im Gegensatz zur Mutter ist es in hellen Farben gemalt. Die Profildarstellung des Gesichtes der Mutter gegenüber dem von vorn gezeichneten Gesicht des Kindes glückt B. hier genausowenig wie im vorigen Bild, so daß sich die Beobachtung von G. Mühle bestätigt, nach der für eine Profildarstellung ein höheres Gestaltungsniveau erforderlich ist.[2]

Das Moment der Bedrohung kommt nicht nur in der Leere der Szene, sondern auch in der Physiognomisierung des Schrankes zum Ausdruck. Die Wiedergabe des Herdes weist auf den mißglückten Versuch einer dreidimensionalen Darstellung hin.

Die bisherige Medikation zeigt nicht den gewünschten Effekt. Der Patient klagt über Schlaflosigkeit, ist verzweifelter und weinerlicher Stimmung. Daher wird auf Acetexa (50-25-10 mg) umgestellt. Einen Tag nach der neuen Medikation entsteht

Bild 7 (44. BT). An diesem Bild fällt trotz des freundlichen Motivs eine gewisse starre Leblosigkeit und Stereotypie (Blüten) auf Die Blüten sind transparent und nur in Umrissen gezeichnet, wobei sich die Konturen überschneiden und das Blütenzentrum unter Benutzung einer anderen Farbe betont wird.

---

1) Nach Navratil äußern sich Unsicherheit, Angst und Realitätsverlust häufig im unsicheren Stand der gezeichneten Figuren. Vgl. L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a. a. O.

2) Vgl. G. Mühle, a. a. O., S. 66

Im Verlauf der folgenden zwei Wochen tritt im Befinden des Patienten eine Besserung ein. Er ist nicht mehr so ängstlich und pflegt auch vermehrten Kontakt mit seinen Mitpatienten.

Am 58. BT entsteht

Bild 8. Die Szene soll eine Winterlandschaft darstellen. Sofort fallen die bedrohenden Wolken auf. Auf die Frage, ob es denn im Winter so große, zackige und vor allem schwarze Wolken gäbe, meint der Patient, er hätte solche Wolken am Tage zuvor selbst beobachtet. Die große unbemalte Fläche und die Blattlosigkeit der Bäume vermitteln den Eindruck der Leere. Ein Aggressionsimpuls kommt in der Darstellung des Peitsche schwingenden Schlittenlenkers zum Ausdruck, der mit viel zu großem Arm weitausholend auf das Pferd einschlägt. Die beabsichtigte Bewegungsdarstellung gelingt nicht völlig, weil die starre Stellung der Beine des Pferdes im Widerspruch zur Dynamik der Peitsche steht. Auch das Phänomen der Transparenz ist zu beobachten, denn die Ladung des Schlittens ist durch die Wand hindurch zu sehen. Der Schlitten "fliegt", er hat mit dem Boden keinen Kontakt.

Mittlerweile hat sich das Befinden des Patienten weiter gebessert. Wiederholt äußert er: "Gesund fühle ich mich zwar noch nicht. Da muß ich noch etwas warten, sonst gibt es vielleicht einen Rückschlag." Dieser Stimmung entspricht

Bild 9 (61. BT). In krassem Gegensatz zum vorigen ist dieses Blatt ganz ausgefüllt und das Bild als gelungene Komposition anzusprechen. Eine dreidimensionale Darstellung ist noch nicht geglückt, die Raumgestaltung hat deutlich projektiven Charakter. Auffällig ist wieder die Kombination von Vogel- und Frontalperspektive (Wasser und Wege von oben; Haus, Bäume und Kühe von vorn). Deutlich kommt

auch hier das Wegmotiv zum Vorschein. Die Wege enden abrupt. Durchgehend verwendet der Patient jetzt adäquate Farben.

Bild 10 (73. BT) dokumentiert die häufig extreme Konzentrationsschwäche des Patienten. Zu dem Bild gibt B. folgende Erklärung: "Es wird mir beim Malen manchmal schlecht. Dann weiß ich überhaupt nicht mehr, was in meinem Kopf ist. Es wird mir alles egal und gleichgültig. So war es auch bei diesem Bild. Da mußte ich aufhören, bis es wieder besser ging." Auf die Frage, was er habe darstellen wollen, meinte der Patient: "Ich weiß auch nicht, was das soll. Reiter auf einem Pferd - aber da fehlen ja die Beine!"

Der mißglückte Versuch der Darstellung dieses Motivs ist umso beachtlicher, als die Zeichnung mit einem Bleistift entworfen wurde. Die Hinterbeine des rechten Pferdes fehlen, die Rümpfe von Reiter und Pferd verschmelzen ineinander, so daß eine eindeutige Zuordnung der unteren Extremitäten nicht mehr möglich ist. Im Gegensatz dazu fällt die detaillierte Darstellung der Physiognomisierung des Pferdes auf. Alle drei Figuren des Bildes werden mit Ausnahme des Kopfes im Profil wiedergegeben.

Bild 11 (86. BT) ist die Kopie einer Renoir-Vorlage, die der Patient im Aufenthaltsraum abmalte.

Einige Tage später entsteht

Bild 12 (90. BT). Nach der Erklärung des Patienten handelt es sich beim oberen Objekt um eine Tomate mit Stiel und Blättern, rechts um eine Bananenstaude und unten um eine Paprikaschote. Auf die Frage, warum denn Tomate und Paprikaschote braun und nicht rot seien, antwortete er zögernd: "Ich weiß nicht." Auf die weitere Frage, ob die Blätter nicht an den Stiel gehörten, antwortete B:

"Schon, aber das ist mir erst hinterher eingefallen. Heute ging´s mir auch wieder schlechter. Sonst wäre das mit den Blättern nicht passiert."

Interessant ist die Entstehungsgeschichte dieses Bildes. Zunächst nämlich malt B. die Tomate. Nach seiner Vorstellung gehören offenbar Blätter zu ihr. Er malt daher zunächst die beiden unteren Blätter, bemerkt aber, daß sie mit der Tomate in Verbindung stehen müssen und verbindet sie mit der Frucht. Nun zeichnet er den Stiel, weil er bemerkt, daß seine Darstellung nicht der Wirklichkeit entspricht. Anschließend erst malt er das dritte Blatt, ohne zu beachten, daß er mit dem Platz nicht auskommen wird. Dieses Blatt malt B. deshalb in unmittelbarer Verbindung mit der Tomate, und ohne sich auch hier bewußt zu sein, daß die Blätter nicht von der Frucht, sondern vom Stiel ausgehen. Der Stiel und die Blätter sind der Frucht symmetrisch zugeordnet. Daß hier entgegen visuellen Bezugsnormen die Frucht als Zentrum dargestellt wird, von der die Blätter strahlenförmig ausgehen, kann im Sinne des aus der Wahrnehmungspsychologie bekannten Gesetzes der gemeinsamen Mitte interpretiert werden. [1)]

Die Orientierung auf eine Mitte hin kehrt auch bei der Darstellung der Paprikaschote wieder. Auch hier stellte sich für den Patienten das Problem, die Verbindung zwischen Frucht und Blättern darzustellen. Jetzt aber treten die Blätter gleichsam aus dem Zentrum der stark betonten Fruchtmitte heraus. Das Gesetz der gemeinsamen Mitte kommt auch bei der Wiedergabe der Bananenstaude zum Vorschein. Offensichtlich war der Patient mit diesen formalen Problemen so beschäftigt, daß er sich auf die adäquate Farbwahl nicht konzentrieren konnte.

---

1) Vgl. W. Metzger, a.a.O.

Eine deutliche Besserung im Befinden des Patienten zeigt

Bild 13 (96. BT). Zu diesem Bild ist allerdings zu bemerken, daß die dargestellte Kuh nur einen Bruchteil des Blattes einnimmt (Randverdrängung), was aber aufgrund der Detailbereicherung und des inzwischen erreichten Gestaltungsniveaus auch auf eine Ablehnung gegen das dauernde Malen-Müssen hinweisen könnte.

Drei Tage später entsteht

Bild 14 (99. BT). In der Komposition ist das Raumproblem weitgehend gelöst. Neben zunehmender Detailbereicherung bei Pferd und Reiter ist eine gewisse Aktivität festzustellen. Der "gehobenen" Stimmung dieses Bildes entspricht auch subjektiv die Äußerung des Patienten, so wie er sich jetzt fühle, könne er entlassen werden. Das Pferd in der letzten Zeichnung dieser Serie schreitet forsch aus, was besonders durch den fliegenden Schweif zum Ausdruck kommt. Die Proportionen von Pferd und Reiter sind aufeinander abgestimmt.

Andererseits äußert B. aber auch eine gewisse Angst vor der Zukunft, nämlich erneut zu erkranken. Auch dieses Moment spiegelt sich in dem Bild wider. Die Beziehung zwischen dem Reitenden und seiner Umwelt ist unbestimmt und läßt ihn isoliert erscheinen.

Kurze Zeit darauf kann der Patient bis auf verbliebene leichte Konzentrationsstörungen beschwerdefrei entlassen werden.

Fall 3

Der 33-jährige, unverheiratete Patient G., von Beruf Angestellter, wird wegen der vierten depressiven Phase einer Cyclothymie stationär behandelt. Im Rahmen der ersten depressiven Phase hatte er vor Jahren einen Selbstmordversuch durch Erschießen unternommen. Bei der neurologischen Untersuchung zeigen sich jetzt noch leichte Halbseitenzeichen links, die wahrscheinlich auf die Schußverletzung zurückgehen. Schädelaufnahmen und EEG ergaben keinen pathologischen Befund.

Auch jetzt fühlt sich der Patient wieder zum Selbstmord getrieben. Bei der Aufnahme besteht ein deutlich depressives Syndrom mit schwerer Denkhemmung. G. behauptet, den ganzen Tag müsse er grübeln, sein Gewissen lasse ihm keine Ruhe. Er beklagt sich über Herzrasen, Appetit- und Antriebslosigkeit. Hinzu tritt eine paranoide Symptomatik. Er hält sich für einen Verbrecher, einen Menschen, der verantwortungslos handele. "Alle Menschen verachten mich", wiederholt er ständig.

Die Behandlung wird mit Neurocil (75-75-100 mg) eingeleitet.

Der Patient erweist sich im Laufe der Zeichenversuche als überdurchschnittlich talentiert. Er gibt von vornherein an, daß er gerne male. Seinem Wunsch, Farbe und Pinsel zu benutzen, wird entsprochen. Für diese Serie ist daher zu beachten, daß diese Technik eher zu flächiger Malweise und breiten Konturen führt.

Wenige Tage nach Behandlungsbeginn entsteht

Bild 1 (3. BT). Es kennzeichnet die erste Phase des Arbeitsmodells. Die Raumgestaltung ist topologisch. In steter Wiederholung eines Motivs (Stereotypie) werden die Einzelelemente in jeweils gleicher Größe und Ausführung ohne Bodenbetonung in einer Linie

aneinandergereiht (Tendenz zur linearen Reihung). Von adäquaten Farben abgesehen fällt die Schematisierung und Neigung zur Symmetrie auf.

Bild 2 (3. BT) gehört bereits zur zweiten Phase des Modells. Die gesamte Fläche des Blattes ist ausgefüllt. Das Motiv erinnert an eine Wüstenlandschaft. Die flächige Darstellung von Himmel und Erde und die Leere der Landschaft vermitteln das Gefühl der Isoliertheit und Bedrohung. Es werden nur wenige Farben verwendet (Farbarmut). Sehr deutlich setzt sich bei der Darstellung der Häuser die Tendenz zur Physiognomisierung durch, was den bedrohlichen Ausdruck des Bildes noch verstärkt. Analog dem oft bei Depressiven beobachteten nach unten abfallenden Schriftbild und der zunehmenden Verkleinerung der Buchstaben findet sich in diesem Bild bei der wiederholten Darstellung eines Objekts (Stereotypie) dessen allmähliche Verkleinerung. Die Häuser wurden von rechts nach links gemalt. Ebenso fällt der Boden nach links ab.

Am 7. BT entsteht

Bild 3. Ein großer Teil der Fläche des Zeichenblattes wird nicht bearbeitet und bleibt weiß. Auffälligerweise handelt es sich dabei um das Zentrum des Bildes. Der Patient will offensichtlich vom Plakativen abkommen und der Fläche durch differenzierte Farbauftragung Struktur verleihen. Der Versuch, Raumtiefe zu erreichen (Weg), mißlingt (projektives Stadium). Ein iterativer Bewegungsimpuls mit zarten Konturen ist bei den Bäumen zu beobachten. Die Polarität zwischen der hellen Sonne und den dunklen bedrohenden Wolken bestimmt den Gesamteindruck des Bildes.

Bild 4 (11. BT) zeigt ein Schiff auf dem Meer. Es stellt gewissermaßen den Höhepunkt der Entwicklung des Wegmotivs dar, das in

den letzten drei Bildern enthalten war, der Weg als Möglichkeit der Befreiung, der Flucht, aber auch des Gefangenseins in der Krankheit. Denn während noch in Bild 2 Häuser gemalt werden, zu denen kein Weg führt, findet sich in Bild 3 bereits ein Weg, der aber abrupt abbricht. In Bild 4 bietet das Meer gleichsam unendlich viele Möglichkeiten, aber keine kann genutzt werden, denn das führerlose Schiff ist verankert, kann sich nicht bewegen, macht aber vorn und hinten Bugwellen.

Zwischen dem 11. und 24. BT klingt die depressive Symptomatik weitgehend ab. Der Patient macht sich keine Selbstvorwürfe mehr und beteiligt sich an den Gesprächen der Mitpatienten.

Bild 5 entsteht am 24. BT, einen Tag später

Bild 6. Beide Bilder markieren den Abschluß der depressiven Symptomatik. Dem Patienten ist es ausgezeichnet geglückt, symbolhaft das Gefühl des Bedrohtseins darzustellen. Die Physiognomisierung lebloser Objekte in den früheren Bildern konzentriert sich hier auf Lebewesen. Die Physiognomie besticht durch maskenhafte Starre des Gesichts beim einen, durch leuchtende, fixierende und sich gleichsam drehende Augen beim anderen Bild. Der Kopf tritt jeweils stark in den Vordergrund. Wirkungsvoll verzichtet der Patient auf viele Farben und Details.

Das wenige Tage später entstandene

Bild 7 (28. BT) weist deutlich auf eine positive Wendung im Befinden des Patienten hin. Wenn die beiden Bänke (Partnerbeziehung) auch noch leer sind, der Baum in der Mitte grünt bereits.

Nach Absetzen einer Tofranilkur, die in überraschend kurzer Zeit zum völligen Abklingen der depressiven Symptome geführt hat, setzt eine hypomanische Nachschwankung ein, die sich in

Bild 8 (29. BT) und

Bild 9 (31. BT) niederschlägt. In beiden Bildern äußert sich die Freude am Spiel mit Farben, die kontrastreich in Form kleiner, symmetrisch angeordneter Dreiecke ein Ornament ergeben. Bild 9 unterscheidet sich vom vorigen durch eine Dämpfung der Farben. In strenger Symmetrie der Formen und Farben stehen sich jetzt jeweils zwei gleichfarbige Dreiecke gegenüber. Das konstruktivistische Element in diesem Bild entspricht wohl einem Bedürfnis nach Zügelung und Kontrolle.

Nach einer ausgedehnten hypomanischen Nachschwankung malt der Patient

Bild 10 (39. BT), das sich wiederum durch Farbenreichtum und im Gegensatz zu Bild 1 durch den geglückten Versuch auszeichnet, trotz der schwierigen Maltechnik mit Wasserfarben der Blume und Baumkrone eine Struktur zu geben.

Einen Tag später entsteht

Bild 11 (40. BT). G. malt einen Tisch mit Obstschale, wozu er eine Reihe von Vorstudien anfertigt, um die Form der Schale und Früchte gestalterisch zu bewältigen. G. bemüht sich um eine dreidimensionale Darstellungsweise (euklidianisches Stadium). Dasselbe gilt für die perspektivische Wiedergabe des Tisches, der allerdings unten etwas angesetzt erscheint und wahrscheinlich aus Platzmangel zu klein geriet.

Am gleichen Tag malt der Patient

Bild 12. Bei dieser in strenger Symmetriebetonung gemalten Blumenvase gelingt es G. ausgezeichnet, perspektivisch das Vor- und Hintereinander der Blüten darzustellen.

Bild 13 (41. BT) entsteht einen Tag vor der Entlassung von G. Es handelt sich hier um einen in leicht abgewandelter Form kopierten Nolde-Druck, der im Aufenthaltsraum hing.

Fall 4

Der 39-jährige Patient M., zweimal geschieden, von Beruf Angestellter, war vor Jahren schon einmal wegen einer endogenen Depression in stationärer Behandlung. Dieses Mal klagt er über Herz- und Kopfschmerzen, Libidoverlust, Appetit- und Schlaflosigkeit. Alle Beschwerden bringt der Patient mit halberstickter, monotoner Stimme, oft unter Tränen, vor. Er wirkt unruhig und getrieben. Mimik und Gestik sind ausdrucksarm; er gibt Selbstmordgedanken zu.

Die Behandlung wird mit Neurocil (50-50-100 auf 100-100-200 mg) eingeleitet.

Am 11. BT entsteht

Bild 1. Es zeichnet sich durch eine starke Randverdrängung aus, denn die dargestellten Motive (Blume, Vase und Vase mit Blume) nehmen nur einen Bruchteil des Blattes ein. Auffällig ist die zaghafte, unsichere und vorwärtstastende Strichführung. Die nur von schwarzen Konturen umgebenen Flächen bleiben unausgefüllt.

Zwei Tage später, nach Fertigstellung dieser Zeichnung, wird mit einer Tofranil-Kur begonnen. An diesem Tag entsteht

Bild 2 (13. BT). Die hier dargestellte Vase mit Blumen zeichnet sich durch starke Randverdrängung, Einfarbigkeit (inadäquate Farbwahl), Tendenz zur Symmetriebetonung und Transparenz aus. Die Blumen ragen kaum über den Vasenrand hinaus (Disproportionierung).

Einen Tag später äußert der Patient anläßlich der Visite: "Heute ist ein Wunder geschehen. Ich habe zum ersten Mal durchgeschlafen." An demselben Tag entsteht

Bild 3 (14. BT). Das Motiv wird bereits fast in die Mitte des Blattes lokalisiert. Es werden jetzt schon zwei Farben benutzt: schwarz für den Boden (Bodenbetonung) und grün für den Baum mit Wurzeln (Wurzelmotiv). Die Wurzeln sind im Aufriß dargestellt (Transparenz). Die Blattflächen werden teilweise bereits mit grüner Farbe ausgefüllt. Auffällig ist die starke Symmetriebetonung und die Schematisierung.

M. leidet an einer ausgesprochenen Konzentrationsunfähigkeit und an Störungen der Merkfähigkeit. Aus diesen Gründen führt er ein Notizbuch, das er ständig bei sich trägt und aus dem er bei der Visite den Ärzten seine Aufzeichnungen vorliest, die er täglich über seinen Stimmungszustand macht.

Bild 4 (15. BT) . Der Versuch, einen Zug mit Lokomotive darzustellen (Wegmotiv), zeigt deutlich die starke Konzentrationsunfähigkeit des Patienten. Zunächst zeichnete er nämlich die Schiene. Es folgten von links nach rechts die einzelnen Waggons, zuletzt die Lokomotive, wobei in dieser Reihenfolge die einzelnen Objekte immer kleiner werden. Bei wiederholter Darstellung eines Motivs zeigt sich also auch hier dessen allmählich verkleinerte Wiedergabe. Die Waggons entstanden in der Weise, daß M. zunächst die Umrisse festlegte, dann die Räder und zuletzt erst die Tür anfügte. Daß die Tür nach unten durch die Schiene abgeschlossen wird, kann im Sinne der Formschließungstendenz erklärt werden. Die Schiene dient somit der unteren Begrenzung von Tür und Waggon gleichermaßen (Bodenbetonungstendenz). Nachdem der Patient die beiden linken Waggons mit einander nicht berührenden Puffern gezeichnet hatte, fragte er, ob nicht eine Verbindung zwischen den Waggons bestehen müsse. Er wurde jedoch ermuntert, die Zeichnung ganz nach seinen Vorstellungen auszuführen. Daraufhin zeichnete M. noch die Kupplung ein, die er zwischen dem ersten Waggon und der

Lokomotive allerdings vergaß. Bei der Darstellung der komplizierten Lokomotive versagte er. Der Kessel hatte zunächst keinen Kontakt mit den Rädern. Daraufhin setzte der Patient an beiden Enden des Kessels noch ein Stück an. Der Rauch steigt senkrecht in die Höhe. Als er fertig war, äußerte er: "Die Lokomotive, die ist nicht richtig - ich weiß nicht, wie die aussieht. Mein Zug steht; würde er fahren, müßte sich die Rauchfahne nach rückwärts bewegen."

Wenige Tage später ist der Patient wieder völlig verzweifelt. Ständiges Ohrensausen und Kopfschmerzen plagen ihn derart, daß er lieber sterben als ständig mit diesen Beschwerden belastet sein will. Zudem ist er äußerst affektlabil. Beim geringsten Anlaß treten ihm Tränen in die Augen.

Am 20. BT entsteht

Bild 5. Wie das vorige ist auch dieses Bild einfarbig (Farbarmut, inadäquate Farbwahl). Neben einer starken Schematisierung und Symmetriebetonung sind die disproportionierten Größenverhältnisse auffällig: Die Blume ist im Verhältnis zu Vase und Tisch zu groß geraten. Die Vase ist transparent. Immer noch befindet sich die Raumgestaltungsfähigkeit M. s im topologischen Stadium.

Zwei Tage später entsteht

Bild 6 (22. BT), in dem ein einfarbig schwarzes, extrem symmetrisches Haus dargestellt wird; erkennbar ist eine Neigung zur Physiognomisierung. Beim Einzeichnen des vertikalen Teils eines Fensterkreuzes sagt er zu sich: "Wo ist denn jetzt die Mitte? Da! Ach, das war sie doch nicht!" Ebenso ergeht es ihm beim zweiten Fenster. Als er fertig ist, wird M. gefragt, ob er nicht noch einen Weg zum Haus malen wolle. Seine Antwort ist entschieden: "Nein, kein Weg!"

Der Patient ist immer noch stark depressiv, agitiert und innerlich unruhig, leicht erschöpfbar und schwankend in seiner Stimmung.

Am 43. BT entsteht

Bild 7. Daß die Blume in so starkem stilistischen Widerspruch zu Topf und Tisch steht, erklärt sich daraus, daß der Patient sie von der Buntstiftschachtel abmalte. Tisch und Topf neigen sich stark nach links (unsicherer Stand). Zu beachten sind die disproportionierten Größenverhältnisse. Es werden aber bereits adäquate Farben verwendet (Tisch schwarz, Blumentopf braun, Pflanze grün). Den Blumentopf versucht der Patient bereits räumlich darzustellen: Die Aufsatzfläche des Topfes ist in die Bildebene geklappt (Aufsicht mit Umklappung - projektives Stadium der Raumdarstellung).

Inzwischen ist im Befinden des Patienten eine deutliche Besserung eingetreten. Er ist kontaktbereit und beteiligt sich an Unterhaltungen und Spielen.

Am 53. BT entsteht

Bild 8. Interessant sind die beiden unterschiedlich konzipierten Bäume; der linke im Sinne des gängigen Baumschemas (mit Früchten), der rechte eher im Sinne der Tendenz zur prägnanten Gestalt. Die Vorstellung, daß die Äste kontinuierlich aus dem Stamm hervorgehen, vermag M. zeichnerisch noch nicht wiederzugeben. Der Stamm endet wie abgehackt, abrupt, die Äste sind aufgesetzt, wenn auch im rechten Teil der Krone einzelne Verzweigungen vorkommen.

In den nächsten Tagen ist M. gehobener Stimmung, betriebsam, spricht und lacht viel und macht einen leicht hypomanischen Eindruck. Diesem Stimmungszustand entspricht das am 59. BT gemalte

Bild 9, eine sehr sorgfältige, wenn auch farblich und formenmäßig nicht abgestimmte Farbstudie in der Art eines Mosaiks. Der Patient ist sehr stolz auf dieses Bild und äußert, daß er einige Stunden daran gearbeitet habe.

Drei Tage später entsteht

Bild 10 (69. BT). An diesem Tag weigerte sich der Patient entschiedener als sonst, weiterhin zu malen. Er habe das letzte Bild als sein letztes angesehen. Sicherlich im Sinne einer auch jetzt noch deutlich werdenden Stimmungslabilität, aber auch im Sinne der Abwehr gegen das Malen-Müssen ist der Rückfall auf frühe Gestaltungsmuster zu verstehen, der im primitiven Baumschema deutlich wird. Zunächst zeichnet er nämlich nur die schwarzen Konturen der Bäume mit Stamm und aufgesetztem Kreis als Krone, daraufhin die Bodenlinie mit den Wurzeln (Transparenz, Wurzelmotiv), allerdings durch ihre unregelmäßige, schematische Wiedergabe mit deutlicher Tendenz zur prägnanten Gestalt. Anschließend bemerkt er: "Das habe ich falsch gemacht. Der Stamm muß ja braun sein", und später: "Eigentlich hat ein Baum ja auch Blätter." Er setzt dann stilisierte und rosettenartige Blätter der Krone auf und füllt nur den so entstandenen Kranz mit grüner Farbe aus, so daß das Zentrum der Krone selbst weiß bleibt. Zuletzt rahmt er die drei Bäume mit ebenfalls drei in ihren Konturen unregelmäßigen Wolken ein.

An demselben Tag beginnt M. an

Bild 11 (69. und 70. BT) zu arbeiten, das deutlich anankastische Züge trägt. Die Absicht des Patienten war, die Berge, von denen er sich angezogen fühlt, darzustellen. Dies ist ihm auch ausgezeichnet gelungen, besonders im Hinblick auf Raumtiefe, Plastizität, Farbwahl und Komposition.

Wenige Tage später kann der Patient in ambulante Kontrollbehandlung bei unverändert gutem Befinden entlassen werden.

Fall 5

Die 51-jährige, verwitwete Patientin R., von Beruf Hausfrau, ist zum dritten Mal mit der Diagnose "endogene Depression" in die Klinik eingeliefert worden. Schon zweimal hatte sie einen Selbstmordversuch unternommen. Bei der Einweisung klagt sie über Freud- und Interesselosigkeit, die bis zu völliger Apathie gehe, Müdigkeit ("Meine Glieder sind so schwer wie Blei") und Appetitlosigkeit. Ferner äußert sie Angst vor der Zukunft und innere Unruhe.

Eine zunächst eingeleitete Noveril-Kur bleibt ohne Erfolg. Die Patientin bleibt stark gehemmt, liegt den ganzen Tag im Bett und steht nur zu den Mahlzeiten auf.

Wegen der starken Antriebshemmung wird auf Acetexa und Pertofran umgestellt. Da auch auf diese neue Medikation keine Besserung eintritt, wird eine zusätzliche ES-Kur in Aussicht genommen. Einen Tag vor dem ersten ES entsteht

Bild 1 (38. BT). "Das oben könnte eine Windmühle sein oder auch eine Blüte - die ist aber dann zu groß. Das unten ist ein Blumenzweig mit Blättern." Das zentrale große Gebilde kann im Sinne des Gesetzes zur gemeinsamen Mitte, Ausdruck einer Zentrierungstendenz, gedeutet werden. Die einfarbigen Konturen sind flüchtig und druckschwach gezeichnet; die davon umschlossenen Flächen bleiben unausgefüllt.

Nach dem 2. ES entsteht

Bild 2 (40. BT). Es handelt sich um die Kopie eines Stuhles, wobei das Problem der Perspektive, um das es der Patientin nach ihren eigenen Worten ging, fast gelöst ist.

Zwei Tage später, nach dem 3. ES, ist eine zunehmende Besserung

im Befinden der Patientin eingetreten. Sie ist aufgeschlossener und weniger gehemmt. Das

Bild 3 (42. BT) malt die Patientin sehr schnell, mit heftiger Strichführung. Zum ersten Mal verwendet sie mehrere, meist adäquate Farben.

Im unmittelbaren Anschluß an die 5. ES-Konvulsion tritt eine schlagartige Besserung ein. Die Patientin erzählt äußerst lebhaft lustige Episoden aus ihrem Leben und fühlt sich sehr wohl: "Mir geht´s ganz ausgezeichnet - ich rede wohl zuviel?"

Der hypomanischen Nachschwankung, die längere Zeit anhält, entsprechen die beiden folgenden Bilder. Schon der Hampelmann in

Bild 4 (49. BT) weist vom Motiv her auf den Stimmungszustand der Patientin hin. Die Farbfreudigkeit und die heftig ausfahrende Bewegung werden gezügelt durch die Symmetriebetonung, die Lokalisation des Objekts in der Mitte des Zeichenblattes und die Begrenzung der Figur durch die Zugschnur; die Zugschnur ist allerdings mit der Mechanik des Hampelmannes nicht in Einklang zu bringen. In

Bild 5 (57. BT) tritt in noch stärkerem Umfang eine Begrenzung gegenüber dem Übermaß an Farbe auf. Sie kann als zeichnerischer Ausdruck des Wunsches nach Kontrolle von überschießenden Impulsen, die für die hypomanische Nachschwankung charakteristisch sind, gedeutet werden. Dem entspricht auch die selbstkritische Äußerung: "Ich rede wohl zuviel?" Die Beschriftung dieses Bildes verweist wieder auf die vorher erwähnte Beobachtung von L. Navratil, der diesem Phänomen in den Bildern von Manikern oft begegnet ist.

In den folgenden Tagen bessert sich zusehends der Stimmungszustand der Patientin.

Bild 6 (62. BT) stellt eine duftige, farbenfreudige und stilistisch hochstehende Komposition dar, in der das Raumproblem (euklidianisches Stadium) ausgezeichnet gelöst ist.

Einen Tag später kann die Patientin in gutem Allgemeinzustand entlassen werden.

Fall 6

Die 63-jährige Ordensschwester F. leidet an dem Rückschlag einer endogenen Depression; denn acht Tage nach der Entlassung zeigten sich bei ihr wieder entsprechende Symptome, so daß sie erneut stationär behandelt werden mußte. F. wollte morgens nicht aufstehen, konnte nicht mehr richtig arbeiten, war gehemmt und lustlos und glaubte, daß sie nichts wert sei. Außerdem litt sie an Schlafstörungen und mangelndem Appetit.

Die Behandlung wird mit Truxal (3 x 50 mg), Saroten (3 x 25 mg) und Neurocil (abends 50 mg) eingeleitet. Diese Medikation wird auch bis zur Entlassung beibehalten.

Drei Tage nach Behandlungsbeginn entsteht

Bild 1. Die dargestellten Zweige mit Blättern zeichnen sich durch eine starke Randverdrängung aus. Überhaupt wird alles, was die Patientin malt, an den Rändern des Zeichenblattes lokalisiert. Bild 1 ist durch einfarbige hellgrüne Konturen, unausgefüllte Flächen und stereotype Wiedergabe der Blätter charakterisiert. Interessant ist weiterhin, daß die Patientin offenbar infolge einer motorischen Koordinationsstörung im Sinne der Kleist'schen konstruktiven Apraxie nicht in der Lage ist, ihre Zweigblatt-Vorstellung graphisch zu verwirklichen, das heißt, den beabsichtigten Bewegungsablauf zu bewältigen. Zunächst malt sie den oberen Zweig. Die Blätter haben keinen Kontakt mit der Astspitze und schweben daran vorbei. Spontan äussert die Patientin: "Sehen Sie, das Malen geht doch nicht- die Blätter müssen doch zusammenhängen." Nachträglich verbindet die Patientin die unteren Blattspitzen durch eine Linie mit dem Ast. Beim zweiten Versuch (unten) kommt dieses Phänomen noch deutlicher zum Ausdruck. Die gestörte motorische Koordination führt ferner dazu, daß sich die Umrißlinie des oberen Blattes dieses Zweiges zunächst

nicht schneidet. Die Endpunkte werden anschließend durch eine Querlinie miteinander verbunden (Formschließungstendenz).

Das Gesetz der gemeinsamen Mitte äußert sich auch in dieser Zeichnung: Alle Blätter sollen von einem Punkt ausgehen.

Zwei Tage später entsteht

Bild 2 (5. BT), das ein Radieschen und einen in seine Teile (Rumpf mit Kopf und Mütze, zwei Beine) zerlegten Hampelmann zeigt (Inkohärenz des Bildinhalts). Die unbemalten, ausgesägten Einzelteile des Hampelmannes sah und kopierte die Patientin während der Beschäftigungstherapie. Durch Farbgebung der Einzelteile machte die Patientin offensichtlich den Versuch, den Hampelmann vorstellungsmäßig zusammenzusetzen. Die adäquate Zuordnung der Einzelteile konnte die Patientin aber nicht bewältigen und beschränkte sich daher auf eine differenzierte Farbgebung der Umrißlinien. Werden die Farben für den Hampelmann noch willkürlich gewählt, so wird das Radieschen bereits in adäquaten Farben gezeichnet.

Bereits einen Tag später entsteht

Bild 3 (6. BT), das eine Pflanze und zwei Gefäße darstellen soll. Besonders auffällig ist wieder die extreme Randverdrängung. Die Gefäße sind nur in Konturen, jedoch in verschiedenen Farben (hell- und dunkelgrün) wiedergegeben. Die Darstellung der Pflanze folgt jetzt nicht mehr dem Gesetz zur gemeinsamen Mitte; die Blätter verzweigen sich. Auf Befragen nach der Pflanzenart äußert F., daß sie beim Zeichnen nicht an eine bestimmte Pflanze gedacht habe.

Am 11. BT entsteht

Bild 4. Zu diesem Bild bemerkt die Patientin: "Ich kann nichts, ich habe keine Hoffnung, keine Geduld mehr mit mir selbst. Ich will nicht zeichnen, es kommt ja doch nichts dabei heraus."

Links oben zeichnet sie einen stark schematisierten Tannenzweig mit Kugeln (es ist Vorweihnachtszeit, der Zweig hing in ihrem Zimmer). Rechts daneben malt die Patientin mit schwarzer Farbe ein Herz und bemerkt dazu: "Das ist mein armes, zerbrochenes Herz." Wieder zeigen sich Formfindungsstörungen: Die Umrißlinie trifft sich nicht an der Herzspitze und wird einfach durch eine Querlinie geschlossen (Formschließungstendenz). Ein nochmaliger Versuch, ein Herz darzustellen (links unten), mißlingt völlig. Rechts daneben, ebenfalls in schwarz und wahrscheinlich auf den gerade eingeübten Formfindungsversuch festgelegt, zeichnet F. ein Öllämpchen mit auffällig kleiner Flamme, das auf ihrem Tisch stand. An dem leicht konkav gebogenen Glasrand läßt sich ein erster Versuch zur perspektivischen Darstellung beobachten.

Während die bisherigen Bilder von der Raumgestaltung her rein topologisch angelegt und somit der ersten Phase des Arbeitsmodells zuzuordnen sind, zeigt sich in

Bild 5 (15. BT), das für das projektive Stadium charakteristische Phänomen der Streifenbilder. Die inhaltlich zusammengehörigen Einzelmotive (Tisch, Blumentopf, Tür) werden in verschiedenen, übereinander gelagerten Ebenen dargestellt. Deutlich wird die projektive Raumgestaltung auch bei der Darstellung der Türklinke, die in die Bildebene geklappt wird (Aufsicht mit Umklappung). Der Tisch, auf dem der Topf eigentlich stehen soll, ist von oben gezeichnet (Kombination von Frontal- und Vogelperspektive).

Nach dem 15. BT tritt im Befinden von F. eine allmähliche, aber stetige Besserung ein. Sie ist jetzt viel aufgelockerter, ausgeglichener und beschäftigt sich oft mit Handarbeiten. Auf die Frage, wie sie sich fühle, gibt die Patientin die Antwort: "Man muß zufrieden sein." Die bei allen Patienten, vor allem im akuten Stadium der Krankheit beobachtete Diskrepanz zwischen Leistungsanspruch und Leistungs

niveau war bei F. besonders ausgeprägt. Unter dem "leisten wollen und nicht können" litt gerade diese Patientin. Sie sah sehr deutlich, daß in ihren Zeichnungen irgend etwas nicht stimmte und verzagte darüber. Das war auch einer der Gründe, weswegen sie sich jedesmal beharrlich gegen das Zeichnen wehrte. Als sie während der Weihnachtstage nicht zum Zeichnen angehalten werden konnte, aber eine Karte mit Grüßen und der Aufforderung, das Malen nicht zu vergessen, erhielt, ließ sie von einer schizophrenen Mitpatientin einige Bilder anfertigen, die sie später zunächst als ihre eigenen ausgab. Diese waren aber in ihrer Ausführung von den früheren so verschieden, daß F. auf mehrmaliges Befragen schließlich den "Betrug" zugab.

Nach Weihnachten hatte sich der Zustand der Patientin weiter gebessert. F. wirkte ruhig und ausgeglichen, aber psychomotorisch noch gehemmt.

Am 31. BT entsteht

Bild 6, das letzte der Serie. Auffällig ist der wesentlich kräftigere Strich, die adäquate Farbwahl und die Größe des Rosenzweiges, den sie kopierte und der fast das ganze Blattformat einnimmt. Selbstkritisch bemerkt F. zu der Zeichnung: "Etwas steif".

Die Patientin äußert sich zuversichtlich über die Bewältigung ihrer Aufgaben und drängt auf die Entlassung, da die weitere Pflege auch zu Hause durch die anderen Ordensschwestern gewährleistet sei. Weil F. an Exercitien teilnehmen will und keine stärkeren depressiven Symptome mehr zeigt, wird ihrem Wunsch entsprochen. Durch die vorzeitige Entlassung der Patientin fehlen in dieser Serie Bilder, die der dritten Phase des Arbeitsmodells zuzuordnen wären.

Fall 7

Der 42-jährige Patient S., von Beruf Lohnabrechner, wird von seiner Frau als ernst, strebsam und gewissenhaft geschildert. Vor einigen Monaten wurde er zum ersten Mal plötzlich auffällig. Er erklärte, er sei nicht mehr fähig, seine berufliche Arbeit zu bewältigen, weinte häufig, war lustlos, litt an Schlafstörungen und aß kaum noch etwas. Der Patient fühlte sich insuffizient und äußerte Selbstmordabsichten. Nach einer erfolglosen ambulanten Behandlung wurde S. mit der Diagnose "endogene Depression" in die Nervenklinik überwiesen.

Bei der Aufnahme machte er einen niedergeschlagenen, traurigen Eindruck und sprach mit weinerlicher Stimme immer wieder von seinen beruflichen Belastungen, denen er sich nicht mehr gewachsen fühle. Die Behandlung wurde mit einer Tofranilkur eingeleitet, in deren Verlauf die hier gezeigten Bilder entstanden.

Nach zwei Wochen trat eine geringfügige Besserung ein. Bisweilen konnte S. wieder lächeln. Doch äußerte er permanent berufliche Sorgen und klagte über Stimmungsschwankungen. Auch eine sich anschließende Acetexa-Behandlung brachte nicht den gewünschten Erfolg. Im Vordergrund standen Stimmungsschwankungen, die der Patient aktiv durch Kontakt mit seinen Mitpatienten auszugleichen suchte.

Die Diagnose "endogene Depression" konnte nicht aufrechterhalten werden. Denn als wenig später die berufliche Situation des Patienten für ihn zufriedenstellend gelöst werden konnte, trat eine schlagartige Besserung ein. Die depressiven Symptome traten zurück, S. äußerte sich positiv über die Zukunft und konnte kurz darauf entlassen werden. Der Patient litt unter einem depressiven Verstimmungszustand, sicherlich aufgrund der Überforderung einer asthenischen

Persönlichkeit (Enddiagnose: neurotische Depression). Dem entsprachen einerseits die Erfolglosigkeit der medikamentösen Behandlung, andererseits aber auch bestimmte Merkmale in den Zeichnungen dieses Kranken, die von vornherein nicht mit denen der anderen Serien übereinstimmten und auf die extrem zwanghafte Persönlichkeit des Patienten hinweisen.

Bild 1, obwohl am zweiten Behandlungstag entstanden, ist bereits mit adäquaten Farben gemalt und als geglückte Komposition mit Sonne, Bergen, Bäumen, einem Fluß und einer Wiese anzusehen. Auffällig sind besonders ein kritzliger, zerfahrener Strich. Das Bild vermittelt einen fahlen und matten Eindruck.

Am 5. BT entsteht als Weihnachtsmotiv

Bild 2 . In dieser Zeichnung fällt wiederum das Ausfüllen des ganzen Blattes, daneben aber die strenge Symmetrie, die Verwendung vieler Farben und die besonders druckfeste Strichführung auf.

Zwei Tage malte der Patient an

Bild 3 (12. und 13. BT), das die biblische Szene der heiligen drei Könige zum Thema hat. Das Bild ist überladen und mit allen zur Verfügung stehenden Farben gemalt. Wie der Patient sagte, brauchte er über sechs Stunden zur Anfertigung dieser Arbeit: "Das Bild muß schön sein; wenn ich etwas mache, dann mache ich es richtig."

Das Malen des nächsten

Bildes 4 (18. BT) nahm den Patienten wiederum mehrere Stunden in Anspruch. Wenn in der Zeichnung auch Mißverhältnisse in den Proportionen zu sehen sind, so ist die gesamte Komposition doch aus einem einzigen Blickwinkel konzipiert. Als der Patient das Bild

abgab, meinte er: "Ich will aber die Bilder zurückhaben. Wenn ich sie nicht zurückbekomme, male ich keine mehr." S. hatte in diesem stark depressiven Stadium der Krankheit bereits ein affektives Verhältnis zu seinen Zeichnungen, das bei den anderen Patienten nicht festgestellt werden konnte.

Ganz ausgeprägt ist der Anankasmus des Patienten in

Bild 5 (25. BT). Für die stereotype Wiedergabe einiger tausend Nadeln eines Baumes, der das gesamte Blatt einnimmt, brauchte S. mehrere Stunden.

In der technischen Ausführung dem ersten weitgehend ähnlich ist

Bild 6 (31. BT). In der Darstellung des Gegensatzes zwischen dem sonnig-blauen Himmel und der drohenden schwarzen Wolke mit Blitz und Regen kommt der widersprüchliche Stimmungszustand des Patienten zum Ausdruck.

S. hatte sich wesentlich heftiger als die anderen Patienten gegen das Malen gewehrt. Er empfand die wiederholten Aufforderungen zum Malen als einen unerträglichen Zwang, so daß er oft in Tränen ausbrach.

Beschwerden bei den Ärzten, durch das Malen fühle er sich überfordert, und plötzlich aufwallende Aggressivität führten im Einklang mit der Diagnoseänderung zum vorzeitigen Abbruch dieser Serie.

V. Ergebnisse und Zusammenfassung

Im folgenden soll kurz zusammengefaßt werden, welche für die jeweilige Phase des Arbeitsmodells typischen Merkmale in den Zeichnungsserien auftreten.

Wie bereits einleitend vermerkt wurde, können die verschiedenen Tendenzen und Phänomene nicht immer eindeutig den einzelnen Phasen des Arbeitsmodells zugeordnet werden. Wenn auch manchmal fließende Übergänge beobachtet worden sind, so kann doch eine charakteristische Häufung bestimmter Merkmale in der Entwicklung der bildnerischen Ausdrucksfähigkeit von Depressiven herausgearbeitet werden, die die Aufstellung eines dreiphasigen Arbeitsmodells zu rechtfertigen scheint.

Die erste Phase fällt klinisch mit dem akuten Krankheitsstadium zusammen, also mit einer Zeit, in der der Patient eine ausgesprochen depressive Symptomatik zeigt. In diesem klinischen Zustand sind die zeichnerischen Äußerungen der Depressiven meist durch Kritzeleien charakterisiert, begleitet entweder von völliger Unfähigkeit, sich für die Wiedergabe eines bestimmten Objektes zu entscheiden, oder von einer motorischen Koordinationsstörung, die dann offenbar im Sinne der Kleist´schen konstruktiven Apraxie gedeutet werden muß. Die Strichführung ist druckschwach, unsicher und vorwärtstastend. In diesem Zusammenhang kommt es meist zu Formfindungsstörungen, so daß etwa zwei Linien nicht in ein bestimmtes, beabsichtigtes Verhältnis zueinander gebracht werden können. Dieses Phänomen zieht häufig eine Formschließungstendenz nach sich, das heißt, Lücken werden durch Querlinien, willkürliche Strichverlängerung oder Stricheln geschlossen. Ebenso im Sinne der konstruktiven Apraxie ist jenes Phänomen zu interpretieren, daß manchmal Teile eines Motivs, die gestaltlich eine Einheit bilden (zum Beispiel

Zweig mit Blättern), nicht den beabsichtigten Kontakt miteinander haben.

Die von den Konturen umschlossenen Flächen werden nicht mit Farben ausgefüllt und es fehlen Details und Schattierungen. Die Objekte werden klein dimensioniert, die Lokalisation auf dem Zeichenblatt erfolgt zufällig, ist allerdings meist stark randbezogen. Oft sind Stereotypien als Ausdruck eines iterativen Bewegungsimpulses zu beobachten. Ebenso fällt ein Hang zur Symmetriebetonung sowie eine Geometrisierungstendenz auf. Grundformen wie Viereck, Dreieck und Kreis werden bevorzugt.

Werden mehrere Objekte dargestellt, so haben sie in dieser Phase keinen räumlichen Bezug zueinander (Streu- oder Fragmentbilder des topologischen Stadiums der Raumgestaltung). Ein Motivzusammenhang ist in den Bildern kaum auszumachen (Inkohärenz des Inhalts). Die Größenverhältnisse in den Zeichnungen sind meist stark disproportioniert. Ohne die Absicht, Raumqualitäten darstellen zu wollen, wird der Boden häufig deutlich betont. In dieser Phase werden selten Menschen gezeichnet. Die Darstellung von Bewegung fehlt völlig.

Die Beobachtung von R. Volmat [1], daß im depressiven Stadium dunkle Farben bevorzugt würden, bestätigte sich nicht. Denn weit häufiger als dunkle wurden helle Farben (hellgrün oder hellgelb) gewählt, die sich vom Weiß des Papiers kaum abheben. Im allgemeinen bleibt es bei der einmal benutzten Farbe, wodurch die Objekte farbfremd wiedergegeben werden (Einfarbigkeit und inadäquate Farbwahl).

Die klinische Besserung kommt in einer Reihe von Phänomenen zum Ausdruck, die der zweiten oder Übergangsphase des Arbeitsmodells

---

1) Vgl. R. Volmat, a. a. O.

zugeordnet werden. Der Patient setzt sich aktiv und objektiv mit seiner Krankheit auseinander, was sich besonders in einer zunehmenden Kontaktbereitschaft äußert.

In den Zeichnungen werden nun die Objekte größer und in die Mitte des Zeichenblattes plaziert. Meist wird die zur Verfügung stehende Malfläche ausgenutzt. Die Strichführung ist entschiedener und druckfester als in der ersten Phase, so daß die Konturen kräftiger und breiter hervortreten. Die von ihnen umschlossenen Flächen werden mit Details angereichert und oft mit Farbe ausgefüllt. Die Farben werden differenzierter benutzt (adäquate Farbwahl). Die hypomanische Nachschwankung ist besonders durch Farbreichtum gekennzeichnet.

Stereotypie, das heißt repetitive Darstellung eines Objekts, die häufig in Verbindung mit der Tendenz zur linearen Reihung auftritt, läßt sich auch in dieser Phase noch beobachten. Analog dem typischen Schriftbild des Depressiven kommt es dabei zur allmählichen Verkleinerung des wiederholt dargestellten Einzelmotivs, was ebenfalls schon in der ersten Phase beobachtet wurde.

Gegenüber Schematisierung und Geometrisierung setzt sich jetzt die Tendenz zur prägnanten Gestalt durch. Neben geometrischen treten kompliziertere und differenziertere Formen auf. In diesem Zusammenhang setzt sich eine vermehrte Bereitschaft zum Kopieren durch.

Häufig findet das Gefühl des Bedrohtseins seinen zeichnerischen Ausdruck in der Wahl der Motive und in der oft beobachteten Physiognomisierung von Gegenständen. Die Physiognomisierung unbelebter Objekte, die von den Patienten in dieser Phase häufiger vorgenommen wird, kann aber auch Ergebnis einer Stimmungsaufhellung sein, so zum Beispiel, wenn die Sonne mit einem freundlich lächelnden Gesicht gezeichnet wird.[1] Auch der Gesichtsausdruck von mensch-

---

1) Vgl. L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a.a.O., S. 77.

lichen Figuren kann als Stimmungsindikator gelten. Durch die Darstellung entsprechender Motive kommen in den Bildern triebhafte Impulse zum Beispiel aggressiver Art zum Ausdruck.[1] Die Affekte werden also in die Bilder projiziert. Es werden jetzt Bewegungselemente eingeführt, die zur Darstellung von Aktionsabläufen überleiten.

Ein weiteres, häufig festgestelltes Phänomen dieser Phase ist die transparente Wiedergabe von Objekten. Auffallend ist in diesem Zusammenhang die bei mehreren Patienten wiederkehrende Darstellung von Wurzeln (Wurzelmotiv). Möglicherweise ist im Sinne einer depressiven Symbolik nicht nur das Weg-, sondern auch das Wurzelmotiv deutbar.

Obwohl auch in dieser Phase noch die Bodenbetonungstendenz in Erscheinung tritt, zeichnen sich menschliche Figuren und Gegenstände trotzdem durch ihren unsicheren Stand aus. Dies läßt auf eine noch andauernde Störung des Raumgefühls schließen und kann als Ausdruck von noch nicht abgeklungener Unsicherheit und Angst gedeutet werden. In diesem Sinne muß auch die bisweilen beobachtete Tendenz zur gemeinsamen Mitte interpretiert werden.

Disproportionierung bei der Wiedergabe von Objekten oder einzelnen Teilen eines Objektes tritt auch jetzt noch auf und kann mitunter im Sinne der Werner'schen Affektperspektive gedeutet werden.

In der zweiten Phase machen sich Ordnungstendenzen sowohl in Bezug auf Bildinhalt als auch -gestaltung bemerkbar. Die projektive Darstellung tritt in den Vordergrund. Die Nichtbewältigung einer perspektivischen Darstellung führt zu dem oft beobachteten Phänomen der Aufsicht mit Umklappung. Im Bemühen, den Raum zu gliedern, kommt es bisweilen zur Übereinanderlagerung mehrerer

---

1) "Es finden sich jedoch auch Enthemmungserscheinungen, die aus der Psychomotorik des Zeichenvorgangs allein nicht zu erklären sind, sondern auf die Freisetzung triebhafter Tendenzen, vor allem sexueller und aggressiver Art hinweisen, wie z. B. die Wiedergabe von Geschlechtsteilen, Brüsten oder Zähnen." L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a. a. O., S. 77.

Ebenen in Form der sogenannten Streifenbilder. Daneben läßt sich die Kombination von Vogel- und Frontalperspektive beobachten. In diesem Zusammenhang lassen sich bei belebten Objekten bisweilen die Phänomene der Dislokalisation und der Verdrehung nachweisen. Auch werden wichtige Körperteile weggelassen.

Nach dem Zurückgehen der depressiven Symptomatik stellt sich oft eine hypomanische Nachschwankung ein. Die hypomanische Nachschwankung äußert sich in den Zeichnungen durch eine impulsive Farbfülle. Gleichzeitig bewirken kritisch-regulative Mechanismen eine strenge formale Ordnung, zum Beispiel, wenn Ornamente dargestellt werden oder der Rand der Objekte stark betont wird.

In der dritten Phase ist die hypomanische Nachschwankung abgeklungen, depressive Symptome treten kaum noch auf, und der Patient drängt auf Entlassung. Das bedeutet in bildnerischer Hinsicht die Bewältigung des Problems der Raumgestaltung (euklidianisches Stadium). Es entstehen Kompositionen, die sich durch ihren inhaltlich wie formal logischen Zusammenhang auszeichnen.

VI. Schluß

Einleitend wurde bereits darauf hingewiesen, daß sich in der Regel die Depressiven der Aufforderung zum Zeichnen widersetzt haben. Besonders im Rahmen des allgemeinen Aktivitätsverlustes zu Beginn der Psychose trauen sie sich keine Leistung zu und schrecken daher auch vor einer zeichnerischen Betätigung zurück.

Die Ergebnisse der ersten Zeichenversuche können tatsächlich auch nur sehr wenig zur Ermunterung des Patienten beitragen, da sie den Kranken in seiner Insuffizienz bestätigen. Erst allmählich, wenn Anzeichen einer Besserung im Gesundheitszustand und die Auseinandersetzung mit der Umwelt wieder einsetzen, befassen sich die Patienten intensiver mit dem Zeichnen. Inzwischen erreichte Gestaltungsfortschritte wecken in ihnen den Wunsch nach Anerkennung und Selbstbestätigung; das Malen wird für sie zum Gradmesser ihrer zunehmenden Leistungsfähigkeit. Zunächst liegt aber das Anspruchsniveau über dem Leistungsniveau. Eine Patientin äußerte: "Ich möchte so gern besser malen, aber ich kann nicht." Ein anderer Patient bemühte sich vergebens darum, die Umrisse eines Hauses in den richtigen Perspektiven zu zeichnen. Erst nach mehreren mißglückten Versuchen gelang es ihm, diese mit Hilfe von Fluchtpunkten gemäß seiner Absicht dreidimensional zu konstruieren. Auch der in Fall 3 angeführte Patient G. machte öfters Vorstudien, um komplizierte Formen zeichnerisch bewältigen zu können. Aus demselben Grund haben andere Patienten ihre Bilder mit dem Bleistift vorgezeichnet. Auch das Kopieren muß im Sinne des Leistungsmotivs gedeutet werden; denn in der Regel führt es zu höherstehenden Gestaltungsergebnissen, da dadurch die Gestaltungsunsicherheiten umgangen und die gestellten Ansprüche weitgehend bewältigt werden können.

Trotz allmählich verbesserter darstellerischer Fähigkeiten, die keineswegs auf Übung beruhen,[1] baut der Depressive erst dann - wenn überhaupt - seine Widerstände gegen das Zeichnen ab, wenn das Leistungsniveau an das Anspruchsniveau heranreicht. Dies wurde frühestens während der hypomanischen Nachschwankung beobachtet, die in einem so fortgeschrittenen Stadium des Genesungsprozesses auftritt, daß sich die zeichnerische Betätigung als Mittel der Beschäftigungstherapie kaum noch auswirkte. Ein therapeutischer Effekt des Malens konnte daher nicht eindeutig festgestellt werden.

Im Gegensatz dazu können die Zeichnungen jedoch als Mittel zur Kontrolle der erreichten Fortschritte im Genesungsprozeß des Patienten herangezogen werden. So konnte für die in dieser Arbeit vorgeführten Fälle eine enge Korrelation zwischen klinischem Verlauf und bildnerischem Ausdruck insofern festgestellt werden, als der Krankheitszustand jeweils weitgehend einer Merkmalskonstellation in den Zeichnungen entsprach. Eine plötzliche Anhebung oder Regression im Gestaltungsniveau korrespondierte häufig mit einer deutlichen Änderung im Krankheitsverlauf. Bemerkenswert ist, daß ein solcher Wechsel in der bildnerischen Ausdrucksfähigkeit oft eine Veränderung im Krankheitszustand ankündigte.[2] Insoweit kann wohl ein prognostischer Charakter den Zeichnungen von Depressiven nicht abgesprochen werden.[3]

Besonders wichtig erscheint die Möglichkeit, aufgrund der in den Zeichnungen enthaltenen Merkmale differentialdiagnostische Erwägungen anzustellen, wie Fall 7 eindrucksvoll zeigte.

---

1) Vgl. auch L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a. a. O., S. 78.

2) Vgl. L. Navratil, F. Dorninger und K. Nagy, a. a. O., S. 78.

3) Besonders deutlich kündigte sich die Verschlechterung im klinischen Befinden des unter Fall 2 besprochenen Patienten durch Regressionserscheinungen beim bildnerischen Gestalten an.

Die Medikation konnte in ihrem Einfluß auf den bildnerischen Ausdruck nicht in Eigenwirkung und Heilwirkung getrennt werden. Wenn die Patienten zum Beispiel über Händezittern, Konzentrationsschwäche, dumpfen Kopf und Schwindel klagten, so kamen diese Beschwerden auch in ihren Zeichnungen zum Ausdruck. Es konnte aber nicht entschieden werden, ob die Ursachen hierfür in der Medikation oder im phasenspezifischen Krankheitsverlauf zu suchen waren. [1)]

Eingangs wurde schon darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Phänomenen in den Zeichnungen Depressiver auch in denen von Schizophrenen und Kindern anzutreffen sind. In den Zeichnungen Schizophrener sind zum Beispiel Geometrisierung, Physiognomisierung von unbelebten Objekten, Vermischung von Vorder- und Seitenansicht bzw. Kombination von Luft- und Frontalperspektive, Disproportionierung, Dislokation, Verdrehung, Transparenz, Formschließungstendenz und mangelhafte Raumausnützung zu beobachten. [2)]

---

1) In speziellen Untersuchungen über die Eigen- und Heilwirkung von Tofranil (L. Navratil, F. Dorninger, K. Nagy) und ES-Behandlung (L. Navratil, G. Henning) kommen die Autoren zu der Vermutung, daß durch diese Behandlungsmethoden im Bereich des Psychomotoriums Phasen der Hemmung (zarte Linien, nur Umrisse ohne Schattierungen, Kleinheit der Figuren usw. = depressive Merkmale), die sich im Falle einer ES-Behandlung kurz nach dem ersten Elektroschock einstellen, von solchen der Enthemmung gefolgt sind (Schattierungen, druckfestere Strichführung, Vergrößerung der Figuren). Im Verlauf der Behandlung überwiegen die Phasen der Enthemmung und gehen schließlich in das organische Psychosyndrom über. Von Navratil und Henning wird die psychomotorische Enthemmung als "Summationseffekt der ES-Behandlung" in ursächlichen Zusammenhang mit dem Heilungsprozeß gebracht, der während der Schockbehandlung vor sich geht und sich auch in den Zeichnungen bemerkbar macht. Ähnlich sind die Auswirkungen von Tofranil. Vgl. L. Navratil, F. Dorninger, K. Nagy, a. a. O. und L. Navratil, G. Henning, Über formale Änderungen des zeichnerischen Gestaltens während der ES-Behandlung, in: Arch. Psychiatr. Nervenkr., 199, 601 (1959).

2) Vgl. L. Navratil, Schizophrenie und Kunst, a. a. O., S. 55 ff.

Noch bemerkenswerter erscheint die Tatsache, daß ein Großteil der Merkmale depressiver Bildnerei für die Entwicklung des zeichnerischen Gestaltens überhaupt charakteristisch ist.

Inwieweit nun allerdings Parallelen zwischen den bildnerischen Äußerungen von Schizophrenen und Depressiven oder von Depressiven und Kindern gezogen werden können, entzieht sich dem Rahmen der vorliegenden Untersuchung.

Literaturverzeichnis

César, O. — Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés. Arq. Depart. Assis. Psicopat. Est., Sao Paulo 1951, 16 (51-64)

Ey, H. — La psychiatrie devant le surréalisme, Evol. Psychiat. 1948, 3 (3-52)

Goodenough, F. L. — Measurement of Intelligence by Drawings, Yonkers World Book & Co., 1926

Jakab, Irene — Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken, Budapest 1956

Kretschmer, E. — Medizinische Psychologie, 12. Aufl., Stuttgart 1963

Machover, K. — Personality Projection in the Drawing the Human Figure, Springfield

Marinow, A. — Depressionsbehandlung mit Tofranil im Hinblick auf den Zeichenversuch, in: Conf. Psychiatr. 7, 85-94 (1964)

Meili-Dworetzki, G. — Das Bild des Menschen in der Vorstellung und Darstellung des Kleinkindes, Bern 1957, (Beiheft zur Schw. Zeitschr. f. Psychol. und ihre Anwendungen, Nr. 30)

Metzger, W. — Gesetze des Sehens, Frankfurt/M. 1953

Morselli, E. — Manuale di semejotica delle malattie mentali. Guida alla diagnosi della pazzia per i medici i medici - legisti e gli studenti, Milano 1885

Mühle, G. — Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens, München 1955

Navratil, L. — Test par le dessin des silhouettes, in: Triangle 111, 8, 317-325 (1958)

Navratil, L. und Marksteiner — Krankheitsverlauf und Therapieerfolg im Hinblick auf den Wandel zeichnerischen Gestaltens, in: Arch. Psychiatr. Nervenkr. 198 : 483 (1959)

Navratil, L. und Henning, G. — Über formale Veränderungen des zeichnerischen Gestaltens während der ES-Behandlung, in: Arch. Psychiatr. Nervenkr. 199 : 601 (1959)

Navratil, L. und F. Dorninger und Nagy, K. — Die Wirkung von Tofranil im Zeichentest, in: Schw. Arch. f. Neur. Neuroch. und Psychiatrie, Bd. 88, Heft 1 (67-83)

Navratil, L. — Schizophrenie und Kunst, München 1965

Pailhas, B. — Dessins et manifestations d'art chez deux aliénés circulaires, Iconogr. Salpetrière, (1908) févr.

Piaget, J. und Inhelder, B. — La représentation de l'espace chez l'enfant, Paris 1948

Prinzhorn, H. — Bildnerei der Geisteskranken, Berlin 1923

Régis, E. — Les aliénés peints par eux-memes. Encéphale, 1882, 2 (184-198)

Rennert, H. — Die Merkmale schizophrener Bildnerei, Jena 1962

Schachter, M. und Cotte, S. — Der diagnostische Wert der Zeichnungen in der klinischen Psychologie, in: E. Stern (Hrsg.), Die Tests in der klinischen Psychologie, II. Halbband, 1955, S. 485-511

Simon, M. — L'imagination dans la folie: étude sur les dessins, plans descriptions et costumes des aliénés. Ann. Med. Psychol. 1876, 16 (358-390)

Sturm, A. — Grundbegriffe der Inneren Medizin, Stuttgart 1963

Volmat, R. — Art et Psychiatrie, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Soziale und angewandte Psychiatrie, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961

Wartegg, E. — Schichtdiagnostik, Der Zeichentest, Göttingen 1953

Werner, H. — Einführung in die Entwicklungspsychologie, 3. Aufl., München 1953

An erster Stelle möchte ich Herrn Professor Kaess danken, daß ich meine Arbeit an seiner Klinik durchführen durfte.

Auch Herrn Professor Dietrich danke ich, daß er mir mit seinem Rat bei der Ausführung der Arbeit behilflich war.

Lebenslauf

Am 22. 2. 1942 wurde ich als Sohn des Fachzahnarztes für Kieferorthopädie Dr. Hans Vetter und seiner Ehefrau Erika, geb. Blockhaus, in Pethau/Sachsen geboren. Mit sechs Jahren trat ich in die Volksschule in Zittau ein. Um mir eine humanistische Bildung zu ermöglichen, gaben mich meine Eltern 1953 in ein Internat in Westberlin, das an ein humanistisches Gymnasium angeschlossen war. Zu Weihnachten 1957 verließen meine Eltern die DDR und ließen sich in Hannover nieder. Ab Ende 1958 besuchte ich das Ratsgymnasium in Hannover, wo ich am 5. 3. 1960 mein Abitur bestand. Anschließend studierte ich Medizin in Frankfurt a. M. und Erlangen. In Frankfurt bestand ich mein Vorphysikum und Physikum. Das 1. klinische Semester studierte ich in Wien. Ab dem Wintersemester 1964/65 setzte ich mein Medizinstudium an der Universität München fort. Hier bestand ich am 8. 12. 1967 das Staatsexamen und am 5. 12. 1967 die Promotionsprüfung.